

**DE LA RECHERCHE INFIRMIERE A LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE ?**



BRAULT épouse LECOMTE Clotilde

Sous la direction de Mme LAURENS Chantal

Travail d'intérêt professionnel préparé en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc  
opératoire

Années 2019 – 2021

## CHOIX DE L'IMAGE

Mon choix s'est porté sur une image issue de Google Image, libre de droit, issue de *The year 1910 illustrated, Universal History Archives*.

Il s'agit d'une représentation de Florence Nightingale. Florence Nightingale a été pionnière en son temps et a beaucoup fait évoluer les soins infirmiers en se basant sur l'evidence based practice. Cette représentation de la dame à la lampe, symbolise pour moi une pratique du soin éclairée par les connaissances.



## REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Laurens, pour sa guidance tout au long de ce travail. Merci pour votre soutien, votre lecture attentive et vos conseils éclairés.

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer et de me permettre de réaliser l'enquête de ce travail.

Je remercie Christine, Evelyne et Séverine, sans oublier mes collègues et amies de promotion, avec qui j'ai partagé cette formation si singulière. Merci d'avoir fait de ces 18 mois -à rallonge- une aventure humaine.

Enfin, je remercie ma famille qui m'a ancrée dans la tempête et m'a permis de toujours garder mon cap. A ma maman, pour ses relectures, ses conseils avisés et tellement d'autres choses.

A Margot, pour tout le temps que je t'ai sacrifié. Tu es ma plus belle aventure !

## CERTIFICAT DE NON-PLAGIAT

Je soussigné (e),

Nom : Brault épouse Lecomte.....

Prénom : Clotilde.....

Formation suivie : Ecole d'infirmier de bloc opératoire.....

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé (PREFMS), du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.
- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique
- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.
- Déclare avoir pleinement conscience que conformément à l'article 6 du règlement intérieur de l'Ecole d'IBODE; tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisie du Conseil de Discipline.

Date : le 22 Mars 2021

Signature :

# Table des matières

INTRODUCTION .....	1
CONSTAT .....	2
CADRE CONTEXTUEL .....	4
1    LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE DE BLOC OPÉRATOIRE .....	4
1.1    Contexte historique.....	4
1.2    Contexte législatif.....	6
1.3    Rôles et missions de l'IBODE.....	8
1.4    Structuration d'une profession.....	9
2    LA RECHERCHE INFIRMIÈRE .....	9
2.1    Contexte historique.....	10
2.2    Actualités en matière de recherche infirmière.....	11
2.3    Et ailleurs dans le monde ? .....	12
2.4    Les leviers de la recherche.....	13
CADRE CONCEPTUEL .....	15
1    LA RECONNAISSANCE.....	15
1.1    A l'origine de la reconnaissance .....	16
1.2    Définition et classification .....	16
1.3    Enjeux humains et sociaux .....	17
1.4    La reconnaissance au travail .....	18
1.5    Le déni de reconnaissance .....	18
1.6    Reconnaissance et valorisation .....	19
2    L'INNOVATION.....	20
2.1    Définitions et caractéristiques.....	20
2.2    Du mythe à la réalité.....	21
2.3    Les étapes de l'innovation .....	22
2.4    Les attributs de l'innovation .....	22
2.5    Innovation médicale .....	22
2.6    Facteurs influençant l'innovation médicale.....	23
2.7    L'innovation appliquée à la pratique infirmière.....	24
HYPOTHESE .....	27
ENQUETE.....	28
1    Méthodologie de la recherche.....	28
1.1    Technique de recueil de données .....	28
1.2    Technique d'analyse .....	29
2    Les biais et limites de l'enquête.....	30

3	Résultats de l'enquête.....	30
3.1	Caractéristiques de la population interrogée.....	30
3.2	Présentation des résultats.....	31
4	Synthèse des résultats.....	46
	LES LIMITES DU TRAVAIL D'INTERET PROFESSIONNEL .....	48
	PISTES POUR L'ACTION EN TANT QU'IBODE.....	49
	CONCLUSION.....	50
	BIBLIOGRAPHIE.....	51

## GLOSSAIRE

ARSI = Association de recherche en soins infirmiers

CAFISO = Certificat d'aptitude à la fonction d'infirmier en salle d'opération

CII = Conseil international des infirmiers

DGOS = Direction générale de l'offre de soins

IADÉ = Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

IBODE = Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat

IDE = Infirmier diplômé d'Etat

IPA = Infirmier en pratique avancée

OMS = Organisation mondiale de la santé

PHRI = Programme hospitalier de recherche infirmière

PHRIP = Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

SNIBO = Syndicat national des infirmiers de bloc opératoire

SOFERIBO = Société française d'évaluation et de recherche infirmière en bloc opératoire

TIC = Technique d'information et de communication

UNAIBODE = Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat

## INTRODUCTION

L'IBODE évolue dans un milieu hautement technique, à la croisée de nombreuses disciplines et, de fait, peut se positionner comme une actrice de l'innovation. Pourtant, elle ne semble pas prendre part à la recherche infirmière qui permet d'établir un socle théorique pour la profession et favorise l'évolution des pratiques basées sur des faits probants. Ce groupe professionnel, qui a bénéficié d'une spécialisation tardive, cherche à faire reconnaître la spécificité de sa pratique et le caractère indispensable de sa fonction. S'investir dans la recherche ne serait-il pas le moyen d'y parvenir ? Et dans quelles mesures la recherche infirmière influence-t-elle l'évolution des pratiques en bloc opératoire ?

Dans un premier temps, nous recontextualiserons la profession d'IBODE et la recherche infirmière.

Puis, le cheminement parcouru autour des concepts de reconnaissance et d'innovation nous permettra de définir les termes de notre hypothèse de recherche : l'IBODE gagne en reconnaissance professionnelle par sa participation à l'innovation via la recherche infirmière.

C'est pour mettre à l'épreuve cette hypothèse que nous mènerons une enquête de terrain. Les résultats des entretiens semi directifs seront analysés et exploités afin de vérifier le bienfondé de l'hypothèse.

Dans un dernier temps, nous ferons un bilan de ce travail et proposerons des pistes à mettre en œuvre pour que ce travail continue à vivre au-delà de cette initiation à la recherche.

## CONSTAT

Lors de mon exercice pendant près de quatre ans en bloc de chirurgie vasculaire, j'ai vite constaté que les infirmiers diplômés d'état (IDE) et infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE) devaient constamment actualiser leurs pratiques professionnelles aux évolutions, très régulières, des pratiques chirurgicales. Lorsqu'un chirurgien arrive d'un autre établissement, qu'un interne vient en stage ou tout simplement, qu'un chirurgien souhaite appliquer une nouvelle technique, l'instrumentiste ou la circulante doit, sur le moment, savoir s'adapter puis, se faire le porte-voix du chirurgien auprès de toute l'équipe afin que ce changement soit pris en compte par tous et au plus vite. J'ai remarqué que bien souvent, les infirmiers en bloc opératoire avaient une appétence pour ce renouveau des pratiques, cette bousculade des habitudes.

Le travail d'infirmier nécessite une évolution des pratiques. En effet, l'univers médical est en mouvement et l'infirmier « *pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient [...] a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles* » (article R4312-10 du Code de la santé publique).

L'actualisation des connaissances et l'évolution des pratiques dans les établissements de soins se manifestent de diverses manières. Des correspondants en hygiène relaient aux équipes les nouvelles recommandations, les agents bénéficient de formations continues, des laboratoires viennent faire des démonstrations des nouveaux produits, les équipes participent à la prise en charge de patients entrant dans des protocoles de recherches médicales, participent à des audits...

Les équipes ont, me semble-t-il, toujours trouvé normal d'être informées des nouveautés ou de prendre part à des évaluations de pratiques.

Or, je n'ai pas eu l'impression que ces mêmes équipes, qui améliorent et actualisent volontiers leurs pratiques et habitudes, se tiennent au courant des résultats de recherches infirmières et même paramédicales, qui pourtant participent à la démarche d'amélioration des pratiques.

Est-ce parce que la recherche infirmière aux yeux des soignants, est éloignée de leur pratique quotidienne en bloc opératoire ? Pourtant, le changement de recommandations, en matière d'hygiène par exemple, est validé par suite d'études scientifiques qui confirment ou infirment une pratique plutôt qu'une autre. Et au quotidien, dans un établissement universitaire comme celui dans lequel je travaille, l'IDE et l'IBODE participe régulièrement au processus de recherche, même indirectement.

Le bloc opératoire représente à mes yeux un service de pointe où se croisent de nombreuses disciplines transversales (hygiène, épidémiologie, chirurgie, anesthésie...) concernées par la recherche. Et c'est dans ce milieu et à la croisée de toutes ces recherches et évolutions de pratiques, acquises ou à venir, qu'évolue l'infirmière en bloc opératoire. J'ai donc été surprise de constater que

la culture de la recherche est si peu présente au sein de la profession infirmière. Le champ paramédical est-il moins légitime que le médical ? Moins porteur de projets ou nécessitant moins d'évolutions dans les pratiques ?

Avant d'être en poste en bloc opératoire, lors de mes études d'infirmière, j'ai eu l'occasion -pour le travail de fin d'études- de m'interroger sur l'écriture infirmière et au cours de ce travail, j'ai été sensibilisée à la démarche de recherche.

En préparant la rentrée à l'école d'IBODE, j'ai commencé à réfléchir à un sujet pour le mémoire de fin d'étude. J'ai envisagé différents sujets, abordant des thématiques variées en lien avec la profession d'IBODE mais mon questionnement revenait sans cesse à la finalité du travail de recherche pour une infirmière. Pourquoi cette démarche n'a-t-elle lieu qu'au détour d'une formation ? Les travaux de recherche réalisés par des infirmiers servent-ils la profession et le patient ? Les autres professionnels y ont-ils accès ? Les soignants en bloc opératoire sont-ils dans une démarche réflexive quant à leur pratique ?

Bien que la finalité première d'une démarche de recherche soit la progression des connaissances, est-ce que ce travail, réalisé par des infirmiers, est valorisé et réutilisé au sein même de leur corporation ? Et auprès d'autres professions ?

Avec l'universitarisation à venir de la formation d'IBODE, les travaux de recherche et les publications vont-ils être valorisés ? Quels sont les enjeux pour la profession ? Et quelle évolution est possible pour cette pratique ?

Ainsi, pour résumer mes nombreuses interrogations en une seule, plus générale, je vais chercher à savoir **en quoi la recherche en soins infirmiers influence-t-elle l'évolution des pratiques au bloc opératoire ?**

# CADRE CONTEXTUEL

## 1 LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE DE BLOC OPÉRATOIRE

### 1.1 Contexte historique

Il n'est pas possible de retracer l'histoire de l'activité d'infirmière en bloc opératoire sans la réancrer dans celle d'infirmière en soins généraux.

Étymologiquement, le terme d'*infirmière*, utilisé dès le XIV<sup>e</sup> siècle, provient du latin *infirmus* signifiant « qui n'est pas ferme », qui est donc faible (Dutey, 2012). Ainsi, l'*enfermier* est le garde malade qui prend soin des *enfermés*, dont la racine *enferge*, désigne les entraves. Selon le *Glossaire de la langue romane* de 1750, l'*enfermier* désigne le religieux qui a soin des malades. En effet, pendant des siècles, du Moyen-Age jusqu'au courant du XVII<sup>e</sup> siècle, ce sont presque exclusivement des religieux qui s'occupent des malades, aidés par des dames de la noblesse, accomplissant, ainsi leurs bonnes œuvres.

Au Moyen-Age occidental, la médecine et la pharmacopée modernes, bien qu'elles n'en soient qu'à leurs balbutiements, s'organisent et prennent en charge des malades. Parallèlement, la chirurgie n'a pas le statut qu'on lui connaît aujourd'hui et est dénigrée par les médecins et apothicaires. En 1163, le Concile de Tours institué par l'Eglise pour autoriser la pratique des tortures inquisitoriales, déclare barbare la pratique de la chirurgie (Butet, 2010, p 243). Ainsi, les chirurgiens sont avant tout des barbiers, pratiquant des gestes chirurgicaux rudimentaires mais au demeurant, ils sont particulièrement sollicités sur les terrains de conflits armés où ils amputent et pansent les blessés.

Il faut attendre le XVII<sup>e</sup> siècle et l'initiative de Saint Vincent de Paul, pour voir émerger l'idée d'instruire les gardes malades. En 1633, avec l'appui de riches bienfaitrices, il fonde la Compagnie des Filles de la Charité, et entreprend la formation de jeunes filles nobles et pieuses mais également de jeunes femmes sans titre de noblesse. Dès cette période, le terme d'infirmier est féminisé car c'est la gente féminine qui y est la plus représentée.

Pendant le siècle des Lumières, d'Alembert et Diderot différencient dans leur encyclopédie le *garde malade* de l'*infirmier*, ce dernier étant destiné à travailler en hôpital. Quant à la féminisation de cette activité, ils écrivent qu'« *on ne peut nier que les femmes ne soient plus propres à ces fonctions que les hommes : en effet, par la sensibilité et la douceur naturelle à leur sexe, elles sont plus capables qu'eux de ces soins touchants, de ces attentions délicates, si consolantes pour les malades* » (cité dans Duley, 2012, p 84).

Avec l'esprit des Lumières et la Révolution française, l'état de religieux des nombreux soignants est décrié : la pensée anticléricale de l'époque se répand à tous les domaines de la société, y compris au

soin. Mais la laïcisation des hôpitaux et de leurs personnels ne se fera pas pour autant de manière radicale : à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le Dr Bourneville, s'insurge encore contre la présence de religieuses dans les hôpitaux (Poisson, 1998, p.45).

Peu à peu, à force d'avancées depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, la chirurgie se crée une légitimité. Le XIX<sup>e</sup> siècle assiste à l'essor de l'asepsie grâce aux travaux de Pasteur et ses découvertes vont représenter un tournant majeur pour la chirurgie qui devient l'égale de la médecine. Mais à ce stade, il n'est toujours pas question d'assistance par une infirmière lors des activités chirurgicales.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le monde soignant s'organise. On assiste à l'apparition d'un fort besoin de formation et de reconnaissance. Si les métiers médicaux sont prestigieux et valorisants, les infirmières, elles, sont perçues comme des ignares au mieux, et au pire comme des prostituées, « *pour soigner les malades, il n'y a dans les hôpitaux que des putes ou des religieuses* »<sup>1</sup> (Despres, A., cité par Butet, p243).

Butet (2010), précise qu'à partir de 1903, il est fait notion d'infirmièrespanseuses qui aident les chirurgiens dans l'environnement particulier du bloc opératoire mais il n'existe aucun apprentissage formalisé de cette spécialité (p. 243).

Le besoin important de prendre en charge de nombreux blessés pendant les deux guerres mondiales a mené l'État à procéder à des recrutements massifs d'infirmières mais avoir le diplôme d'une école n'est pas obligatoire. Dans ces périodes troubles de l'Histoire, la chirurgie de guerre se développe et la profession d'infirmière connaît aussi d'importantes retombées de ces conflits.

Au lendemain de la Grande Guerre, la profession est vraiment reconnue comme telle par le décret du 27 Juin 1922 porte institution du brevet de capacités d'infirmières professionnelles. Suite à la seconde guerre mondiale en 1946, la création du Code de la Santé Publique définit enfin le métier d'infirmière. En vertu de l'article L473 du Code de la Santé Publique, « *est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu* ».

En 1945, la première école de formation pour infirmière en salle d'opération ouvre à Paris. Cette première étape, bien que tardive, marque le début de nombreuses valorisations à venir pour la profession. Mais il faut encore attendre 1971 et la création du CAFISO (Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière de salle d'opération) pour que soient réellement reconnues les compétences de l'infirmière de salle opératoire. Bien que ce certificat représente une étape essentielle, la

---

<sup>1</sup> propos déclarés par Despres A. lors d'un débat à la chambre des députés en décembre 1890

profession spécialisée reste encore confidentielle et lorsqu'elle est connue, elle est plutôt mal perçue, au sein même du monde soignant.

Le 17 Juillet 1984, le Code de la Santé Publique s'enrichit d'un décret<sup>2</sup> qui définit la fonction d'infirmier en bloc opératoire et la triade de rôles panseur, aide opératoire et instrumentiste. Une circulaire de 1989 invite les établissements de santé à employer des infirmiers de bloc opératoire mais il n'est toujours pas question de rendre cette démarche obligatoire. En 1992, le décret du 13 Janvier remplace le certificat d'aptitude par un diplôme d'Etat, la formation s'enrichit. Presque une décennie plus tard, en 2001 le décret de formation<sup>3</sup> allonge les études de 10 à 18 mois.

L'évolution de la fonction de garde malade jusqu'au métier d'infirmière, avec spécialisation possible en bloc opératoire, ancre donc ses racines jusqu'aux temps reculés du Moyen-Age. Du sacerdoce de religieux dévoués et de la charité de pieux bienfaiteurs s'achetant leur paradis, un tournant capital est franchi avec l'apparition d'une instruction, d'une organisation et de la formalisation des compétences. Puis il y eut des décennies de lutte pour faire reconnaître un métier, valoriser ses connaissances et ses savoir-faire. Il fallut du temps pour déconstruire l'image de l'infirmière au grand cœur et aux blanches mains répétant des gestes ancestraux, du temps pour bâtir le socle d'une profession, non genrée, basée sur des connaissances et évoluant parallèlement à la société et aux progrès médicaux, technologiques et scientifiques.

## 1.2 Contexte législatif

A l'instar de la société et de la culture, de la science et de la médecine, la profession d'infirmier de bloc opératoire aspire à une constante progression, une évolution dans l'acquisition de nouvelles pratiques mais aussi de nouvelles reconnaissances.

Les IBODE sont gratifié(e)s d'un diplôme d'État depuis 1992. Avant cela, les établissements de santé avaient été *invités* à employer ces infirmiers spécialisés dans les blocs opératoires et les unités de stérilisation. « *En 1993, il est précisé que ces fonctions doivent être exercées en priorité par des infirmiers titulaires du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire* » (Butet, 2010, p.246). Donc jusque-là, les IBODE sont certes reconnus, mais il n'existe pas d'exclusivité de leurs pratiques. Dans les blocs opératoires, la majorité des infirmiers sont diplômés en soins généraux. En effet, il n'est pas nécessaire d'être spécialisé pour travailler en bloc et il n'existe alors aucune différence dans les

---

<sup>2</sup> Décret n° 84-689 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

<sup>3</sup> n° 2001-928

actes exécutés par les infirmiers ou par les IBODE. En somme, la profession d'IBODE est reconnue par un diplôme mais la plus-value de ce dernier n'est pas mise à l'honneur.

Un décret va révolutionner cette situation. En 2015, le décret<sup>4</sup> relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire octroie aux IBODE l'exclusivité de nouveaux actes (pose de redon, fermeture cutanée...) mais aussi de pratiques courantes en bloc opératoire (aspiration, exposition et hémostase). Dorénavant, les nouveaux étudiants y seront formés d'emblée et les IBODE déjà en service lors du décret les acquerront par une formation de 49 heures.

Mais le mois suivant la publication du décret, l'Union des Chirugiens de France (UCDF) saisit le Conseil d'État pour obtenir l'annulation pleine et entière du décret pour « *excès de pouvoir* »<sup>5</sup>. En effet, l'application du décret qui se doit d'être immédiate, engendre des difficultés organisationnelles et financières. Les premières, car dans le secteur privé en particulier, il n'y a pas d'interne en médecine pour assister les chirurgiens. Or les chirurgiens ne peuvent opérer seul sans assistant, qu'ils soient internes ou IDE. Ainsi, ils n'auraient d'autres choix que d'être dans l'illégalité pour continuer à opérer les patients. La seconde raison est financière, car, le coût impliqué par la formation des nombreux IDE exerçant en bloc opératoire pendant 18 mois est colossale.

En 2017, le Conseil d'Etat répond défavorablement à la demande de l'UCDF et valide le texte dans sa totalité. Mais pour se conformer à la réalité du terrain, et permettre aux blocs opératoires de fonctionner légalement, le décret<sup>6</sup> relatif aux mesures transitoires va permettre de temporiser la situation et créé un statut particulier d'infirmier. En justifiant la validité d'un dossier, la réussite à une épreuve orale et au moins deux ans d'exercice en bloc opératoire, les IDE pourront, moyennant une formation de 21 heures, continuer à instrumenter les chirurgiens et à réaliser légalement les actes d'exposition, d'hémostase et d'aspiration.

À la suite de ce décret, il y a donc en bloc opératoire des infirmiers en soins généraux, des infirmiers en soins généraux ayant l'attestation des mesures transitoires et des IBODE.

---

<sup>4</sup> Décret n°2015-74 du 27 Janvier 2015

<sup>5</sup> Repéré à l'URL <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/161214-les-actes-exclusifs-des-ibode-reconnus-par-le-conseil-d-etat.html>

<sup>6</sup> Décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire

### 1.3 Rôles et missions de l'IBODE

En bloc opératoire, l'IBODE prend en charge les patients nécessitant une chirurgie en assurant la continuité des soins.

Grâce à son expertise et ses compétences<sup>7</sup>, l'infirmier de bloc opératoire :

- Conçoit et met en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire
- Analyse la qualité et la sécurité en bloc opératoire et en salle d'intervention et détermine les mesures appropriées
- Met en œuvre des techniques et des pratiques adaptées au processus opératoire
- Met en œuvre des techniques et des pratiques adaptées aux diverses spécialités chirurgicales
- Organise et coordonne les activités de soins liées au processus opératoire
- Recherche, traite et produit des données professionnelles et scientifiques

Il travaille en collaboration avec l'équipe d'anesthésie (IADE<sup>8</sup>, anesthésiste, perfusionniste) et de chirurgie, de l'accueil du patient jusqu'à son transfert en salle de surveillance post interventionnelle.

Pendant cette prise en charge, l'IBODE veille à la sécurité et au confort psychique et physique de l'opéré et assiste l'équipe de chirurgie dans trois fonctions indispensables.

- *Instrumentiste*, l'infirmier de bloc gère le matériel nécessaire et fournit au chirurgien les instruments adéquats au moment opportun.
- *Circulant(e)*, l'IBODE est le lien entre l'univers stérile et le non stérile et sait fournir le matériel selon les besoins de l'équipe opératoire.
- *Assistant(e) de chirurgie*, l'IBODE réalise les actes d'exposition, d'hémostase et d'aspiration ainsi que des actes d'une particulière technicité.

Outre son rôle en bloc opératoire, l'IBODE peut aussi assurer ses fonctions en stérilisation, en unité d'hygiène et en endoscopie. Ses connaissances et compétences en hygiène et en prévention des risques ont leur utilité dans ces services mais nous ne développerons pas ces points qui s'éloignent du cœur de notre sujet.

---

<sup>7</sup> Référentiel de compétences, en Annexe II de l'arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

<sup>8</sup> Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

## 1.4 Structuration d'une profession

En 1983, est créée l'Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Salle d'Opération. Dix ans plus tard, elle devient l'Union Nationale d'Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire (UNAIBODE). Très active, cette association se fixe comme mission la promotion et la défense de la profession d'IBODE, en utilisant notamment, le biais de la recherche et de la formation continue<sup>9</sup>. L'UNAIBODE ne se limite pas aux frontières nationales, elle est membre fondateur de l'EORNA<sup>10</sup> et vise à regrouper les IBODE d'Europe.

Dans la lignée des récentes reconnaissances faites à la profession, l'UNAIBODE a officialisé, en Mai 2017, la création du premier syndicat national des infirmiers de bloc, le SNIBO. Ce syndicat a pour mission de défendre les droits spécifiques des IBODE :

- Définir, mettre en œuvre et faire connaître une politique de reconnaissance et de progrès social
- Défendre les intérêts matériels, moraux et financiers des infirmiers de bloc opératoire dans l'exercice de leur profession et leur emploi
- Promouvoir et défendre le statut professionnel
- Défendre, protéger et améliorer les conditions d'exercice

Avoir un syndicat propre à la profession d'IBODE traduit la constitution d'une identité professionnelle à part entière, dont les revendications, les aspirations et les moyens d'exercice ne sont identiques à aucune autre.

Bien que jouissant d'une reconnaissance tardive, la profession d'IBODE et ses missions sont apparues pour répondre à des besoins en santé spécifiques. Elles sont encadrées par des textes législatifs ayant récemment évolués, et permettant à cette profession de s'organiser autour d'une identité qui semble être en cours de définition.

## 2 LA RECHERCHE INFIRMIÈRE

Il est indispensable de définir ce qu'est la recherche infirmière. Le Conseil International des Infirmières définit la recherche en soins infirmiers comme étant « *l'étude de tous les aspects, activités*

---

<sup>9</sup> Qui sommes-nous?, repéré à <https://www.unaIBODE.fr/unaIBODE/qui-sommes-nous/>

<sup>10</sup> European Operating Room Nurses Association

*et phénomènes relatifs à la santé et pouvant être intéressants, d'une manière ou d'une autre, pour les infirmières » (CII, 1998).*

Cette définition est à compléter par celle de l'OMS en 1993, très détaillée :

*La recherche infirmière vise à développer les connaissances relatives aux soins dispensés aux personnes en bonne santé et malades. Elle est orientée vers la compréhension des mécanismes fondamentaux génétiques, physiologiques, sociaux, comportementaux et environnementaux (...). La recherche infirmière insiste également sur la génération de connaissances des politiques et des systèmes qui dispensent de façon efficace et rationnelle des soins de santé ; sur la profession et son évolution dans l'histoire ; sur les principes directeurs éthiques pour la dispensation des soins infirmiers ; et sur les systèmes qui préparent de façon efficace et rationnelle les infirmières à remplir la mission sociale actuelle et future de la profession (cité dans Wilson K., 2000, p6).*

## 2.1 Contexte historique

En France, le premier infirmier à faire de la recherche en soins est un dénommé Jean Baptiste Pussin. Nous sommes à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, et Monsieur Pussin, qui travaille en *asile*, retranscrit et répertorie ses observations cliniques des malades. C'est la première fois qu'un travail d'analyse est ainsi couché sur le papier. Cette démarche ne restera pas lettre morte car elle participera à l'évolution des pratiques : on va enlever leurs fers aux *aliénés* (Boussard et Hilaire, 2016, p37).

Pendant les décennies qui suivent, c'est le monde anglo-saxon qui apporte à la recherche infirmière ses pierres angulaires comme nous aurons l'occasion de le développer plus loin.

Pour l'heure, en France, il faut attendre 1965 et la création de l'Ecole Internationale d'Enseignement Supérieur Infirmier de Lyon pour qu'apparaisse la volonté d'une démarche de recherche en soins infirmiers. C'est sur les bancs de cette école que se rencontrent les fondateurs de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Sensibilisés au manque d'enseignement sur la qualité des soins dans leur cursus, les quatre fondateurs de l'association seront impactés par les cours dispensés par une professeure américaine sur la recherche en science infirmière. C'est d'ailleurs lors d'un partenariat outre atlantique que deux des quatre fondateurs ont l'occasion de se former à la recherche directement sur un campus américain. De cet échange, professionnel et culturel, apparaît la nécessité de mettre en relation les infirmiers chercheurs avec des infirmiers d'autres nations mais aussi avec d'autres corps de métier. L'association naît en 1983 et ambitionne l'organisation de conférences, la création de journées d'études et de la revue *Recherche en soins infirmiers* (Jovic ,2015, p.6), entérinant l'apparition d'une recherche de qualité dans le domaine des sciences et soins infirmiers.

A partir des années 1990, les élèves infirmiers sont sensibilisés à cette démarche par une initiation à la recherche durant leur cursus. Sans avoir la vocation de réaliser des travaux de recherche aux résultats exploitables, cette initiation est validante pour l'obtention du diplôme et a pour but de former à la méthodologie et à la rigueur de la recherche. Nous gageons que la plus-value de cette initiation pour tous les professionnels infirmiers en devenir est de sensibiliser à une dynamique de questionnement constructif et de toucher du doigt le champ des possibles. En effet, la recherche et son initiation figure, non pas seulement, en formation initiale mais aussi dans les référentiels de formation de tous les cursus spécialisant du métier d'infirmier (Laurens, 2020, p.48). En 2009, lors de l'universitarisation des études infirmières<sup>11</sup>, l'accent est encore mis sur cette initiation. En effet, le système LMD, qui reconnaît le grade licence aux infirmiers, présuppose la possibilité d'études universitaires allant jusqu'au doctorat. Mais jusqu'ici, la poursuite d'études universitaires se fait dans des disciplines transversales (sciences de l'éducation, sociologie, éthique de la santé...). Le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée<sup>12</sup> (IPA) permet la création, dans certaines universités, d'un master infirmier.

## 2.2 Actualités en matière de recherche infirmière

En 2010, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) crée le programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI) qui devient l'année suivante le PHRIIP en s'ouvrant à tous les professionnels paramédicaux (Boussard & Hilaire, 2016, p.38), « *destiné à promouvoir la recherche en soins et l'amélioration des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé* » (ibid). Fonctionnant par un appel annuel à projets, la DGOS sélectionne et finance les projets qui « *contribuent à l'amélioration des pratiques, à la qualité de la prise en charge, à l'efficacité du système de soins, à l'évaluation d'une innovation médicale ou organisationnelle* »<sup>13</sup>. Un bilan à 5 ans (Stuwe et al. 2015) prouve le succès de ce programme qui, la première année, enregistre 16 projets de recherche contre 28 en 2014 pour un total, sur les cinq années analysées, de 104 projets et 10 millions d'euros alloués. Ce budget est multiplié par 4,6 sur la période. Ce bilan montre encore que parmi les paramédicaux réalisant les recherches, les infirmiers sont, chaque année, et de loin, les plus représentés avec une moyenne de 50%.

---

<sup>11</sup> Conformément aux accords de Bologne

<sup>12</sup> Décret 2018-802 du 18/07/2018 faisant suite à la loi HPST du 21/07/2009

<sup>13</sup> Les programmes financés par le ministère et leurs appels à projet. repéré à l'URL <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/programmes-recherche>

En 2019, le Conseil National des Universités, qui se « *prononce sur les mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des professeurs des universités* »<sup>14</sup>, se dote d'une section en sciences infirmières<sup>15</sup>, créant la qualification d'enseignants chercheurs issus du métier d'infirmier (Laurens, 2020, p.48).

La création de cette section 92 est un sacre car elle comble le manque criant, qui existait jusqu'à présent, d'un cursus universitaire complet en sciences infirmières.

Concernant particulièrement la recherche en bloc opératoire, citons l'existence de la Société Française d'Evaluation et de Recherche Infirmière en Bloc Opératoire (Soferibo), créée en 2008 par l'UNAIBODE. La vocation de cette société savante est de favoriser et de diffuser les travaux de recherche des infirmiers de bloc opératoire. Pour ce faire, elle utilise le biais d'un prix décerné au travail de recherche junior, destiné aux mémoires des étudiants IBODE et sénior, pour les IBODE en poste. En valorisant les travaux réalisés, le prix Soferibo permet la diffusion du travail des lauréats auprès de leurs pairs.

### 2.3 Et ailleurs dans le monde ?

Au XIX<sup>e</sup> siècle, Florence Nightingale, une infirmière de la haute société anglaise, publie en 1859 *Notes on Nursing*. Cet ouvrage connaît un retentissement considérable et dans ce dernier, elle analyse les facteurs favorisant le mieux-être des malades. Grâce à ses origines sociales et à son instruction, elle visite des hôpitaux à travers toute l'Europe, organise une mission humanitaire pour les soins aux soldats pendant la guerre de Crimée, repense l'architecture des établissements de soins, réalise des statistiques, recommande des mesures d'hygiène et repense la formation des infirmières. Véritable pionnière, encore inégalée, Florence Nightingale plante des graines qui sauront germer dans le monde anglo-saxon.

Presque un siècle plus tard, les infirmiers américains profitent déjà d'une formation universitaire. Dès 1952, la revue *Nursing Research* est créée aux Etats-Unis, attestant du cadre propice à la recherche infirmière sur ce continent. La décennie qui suit est marquée par le développement de modèles conceptuels (Henderson, Peplau...) enrichissant les sciences infirmières et asseyant le socle

---

<sup>14</sup> CNU, paragraphe Accueil. Repéré à <https://www.conseil-national-des-universites.fr/cnu/#/> le 18/03/2020

<sup>15</sup> Par le décret 2019-1107 du 30/10/2019 modifiant le décret du 20/01/1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicale, odontologique et pharmaceutique (intégration des sections 92 sciences infirmières, 91 sciences de rééducation et réadaptation, 90 sciences maïeutiques)

théorique de la profession (Peoc'h, & Ceaux, 2011, p 33), la recherche est fleurissante et diffusée par de nombreuses revues spécialisées. Dans les décennies 1980 et 1990, toujours aux USA, des postes de chercheurs hospitaliers universitaires font leur apparition après la création d'un troisième cycle universitaire dédié aux infirmiers. La recherche paramédicale y est d'ores et déjà financée par des fonds publics.

Aujourd'hui, nous sommes en mesure d'établir un profil de recherche en fonction des régions du monde. Alors que l'Europe, le Canada et l'Australie ont plutôt tendance à baser leurs recherches sur le soignant, l'Asie et les Etats Unis axent majoritairement leurs recherches sur le patient (Rothan-Tondeur & Dupin, 2012, p 6). Ces tendances sont des moyennes car, notons tout de même, que la recherche européenne se caractérise par sa diversité mais aussi par le manque de temps dédié à cette activité.

#### 2.4 Les leviers de la recherche

La confrontation des historiques et pratiques de recherche à travers plusieurs pays permet de mettre en évidence, dans les pays précurseurs, les éléments ayant permis l'essor de la recherche infirmière. Ainsi le financement de la recherche et la diffusion et l'utilisation des résultats de recherche sont les trois principaux facteurs favorisant.

*Le financement* peut être considéré dans son acceptation économique large et non pas uniquement comme celui de la recherche en elle-même. La formation des soignants à la recherche, le temps dégagé par leur employeur pour se consacrer à cette activité, la création de postes dédiés sont autant d'axes économiques permettant la bonne pratique de la recherche.

*La diffusion* est très importante. Elle permet de pérenniser les fruits de la recherche. Une recherche qui reste confidentielle et n'est pas communiquée au plus grand nombre perd sa raison d'être. En effet, l'évolution et l'amélioration des pratiques restent le but même de la recherche. Donc une diffusion massive auprès du public concerné est la condition sine qua non d'un résultat de recherche accompli. La France a une revue spécialisée sur la recherche infirmière. Certains pays en compte une vingtaine...

*L'utilisation* des résultats dépend de cette diffusion mais nécessite aussi la culture de la recherche et de l'evidence based nursing, concept qui base la pratique soignante sur des faits probants.

Les freins à la recherche infirmière ont également été identifiés (Tanda-Soyer et al, 2014, p71). La tradition orale, la pauvreté de la diffusion des travaux de recherche, la non-maîtrise de l'anglais et le manque d'autonomie vis-à-vis de l'emprise médicale sont autant de facteurs limitant la recherche infirmière en France. Même si, certains manques, comme l'absence de cursus universitaire complet,

ont été comblés, la marge de progression est importante pour donner à la recherche infirmière ses titres de noblesse.

## CADRE CONCEPTUEL

Notre questionnement nous a amenée -dans le cadre contextuel- à brosser un portrait de la profession d'IBODE puis de la recherche infirmière.

La profession d'IBODE est apparue tardivement mais pour répondre à des besoins spécifiques à l'environnement du bloc opératoire. Les IBODE œuvrent pour faire reconnaître la plus-value de leur profession au sein d'un bloc opératoire, aussi, il paraît opportun d'approfondir ce concept de reconnaissance. Dans un premier temps, nous verrons qu'il s'agit d'un concept tant individuel que collectif, puis développerons les enjeux qu'il comporte et enfin nous aborderons le déni de reconnaissance.

Nous avons traité précédemment de la recherche infirmière et savons désormais qu'il s'agit d'une pratique émergente dans le paysage paramédical français. Dans une seconde partie du cadre théorique de ce travail, pour mieux comprendre l'apparition et l'essor des pratiques émergentes, nous nous proposons de développer le concept d'innovation. Nous commençons par le définir, ses caractéristiques, ses attributs et les facteurs l'influençant. Puis, nous terminons par l'innovation dans le secteur de la santé et enfin des sciences infirmières.

### 1 LA RECONNAISSANCE

L'encyclopédie Universalis définit la reconnaissance<sup>16</sup> comme « *un sentiment de gratitude envers quelqu'un, une action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose, le fait d'admettre pour tel, de reconnaître la légitimité* ». Ces définitions choisies ne sont pas exhaustives mais témoignent bien de la polysémie de ce terme. La reconnaissance est une notion suffisamment riche pour intéresser le champ théorique de nombreuses sciences humaines, et ce, au travers des siècles. La reconnaissance est aujourd'hui une aspiration partagée par le plus grand nombre, et dont l'objet est d'une grande diversité. L'orientation sexuelle, le genre, les compétences, individuelle ou collective, l'origine...la reconnaissance touche aussi bien le domaine public de la société que la sphère privée de la famille ou du couple.

---

<sup>16</sup> Repéré à l'URL <https://www.universalis.fr/dictionnaire/reconnaissance/>

## 1.1 A l'origine de la reconnaissance

La reconnaissance implique un changement de jugement concernant un fait dont on doutait initialement. Descartes, « *identifie comme étant vrai ce dont on avait préalablement douté. [...] Reconnaître, c'est vraiment connaître ce que l'on connaît, mais dont on doutait qu'il fut vraiment connu* » (cité par Lazzeri & Caillé, 2010, p 89). Par conséquent, pour reconnaître, il faut avoir douté, ou au moins, avoir méconnu.

Hegel, philosophe particulièrement intéressé par la question de la reconnaissance, la placera au centre des rapports interpersonnels. En effet, dans sa recherche à comprendre les conflits humains, là où d'autres philosophes comme Hobbes ou Machiavel y voient une lutte pour la survie, Hegel estime que c'est la demande de reconnaissance auprès de l'autre qui explique l'hostilité des rapports humains.

L'autre. Voici bien une dimension indissociable de la reconnaissance. Qu'elle soit accordée ou réclamée, la reconnaissance l'est pour *soi*, par *autrui*. D'ailleurs, n'a-t-on pas besoin de l'autre, de son regard, de son existence même, pour savoir que l'on *est* ? Pour Hegel dans *Phénoménologie de l'esprit* (1807), « *toute conscience humaine a besoin de la reconnaissance par une autre conscience pour exister en tant que telle* ».

## 1.2 Définition et classification

La plupart des classifications contemporaines de la reconnaissance sont inspirées du travail d'Hegel. Elles sont très nombreuses et il ne nous est pas possible d'en faire une approche exhaustive. Aussi, il nous semble pertinent de citer Hegel lui-même, qui classe la reconnaissance sous trois formes fondamentales dans *Philosophies de l'esprit* de 1804 et 1805 :

*Elles recouvrent trois types de rapports sociaux exprimant les aspects essentiels de la vie humaine : les rapports sociaux liés à la distribution de formes d'estime sociale aux individus [...], les rapports juridiques liés au statut de la propriété et de la citoyenneté, et les rapports interpersonnels au sein de la famille* (cité par Lazzeri & Caillé, 2004, p.91).

Sans être elle-même exhaustive, puisqu'elle sera enrichie par la place capitale du travail plus tardivement<sup>17</sup>, cette classification est tellement dense et touche à tant de dimensions de la vie d'un individu, qu'elle inspirera bon nombre de penseurs à sa suite.

---

<sup>17</sup> Dans *Phénoménologie de l'esprit*

### 1.3 Enjeux humains et sociaux

Honneth déclare que « *ce qu'il y a de juste ou de bon dans une société se mesure à sa capacité à assurer les conditions de la reconnaissance réciproque qui permettent à la formation de l'identité personnelle – et donc à la réalisation de soi de l'individu – de s'accomplir de façon satisfaisante* » (Honneth, 2004, p.3)

Honneth poursuit cette idée en citant Mead, sociologue et philosophe américain, dans une interview donnée en 2010 à propos de son ouvrage *La lutte pour la reconnaissance*. « *Nous ne pouvons développer une conscience de soi qu'à la condition d'une reconnaissance mutuelle. Ce qui veut dire que c'est seulement dans le miroir de l'autre que nous pouvons réaliser notre propre conscience et notre propre identité. Le développement humain dépend de ces formes de reconnaissance mutuelle* »<sup>18</sup>. Dans cet ouvrage, *Lutte pour la reconnaissance*, Honneth emprunte à Mead l'idée que l'identité d'un individu se construit de manière intersubjective et dialogique, ce qui donne à la reconnaissance un rôle fondateur dans les processus d'individualisation et de socialisation (Guéguen & Malochet, 2012, p.77).

La reconnaissance sur le plan individuel, porte en son sein les fondements de la personnalité et de l'identité et l'habilité à fonctionner harmonieusement sur le plan interpersonnel au sein d'une société humaine.

Ainsi, les enjeux humains et individuels semblent aller de pair avec les enjeux sociaux. Fichte, philosophe contemporain d'Hegel, appuie sa pensée de la reconnaissance sur ces deux points fondamentaux : la reconnaissance comme question centrale pour comprendre le rapport entre les consciences et la reconnaissance comme rapport simultané à soi et à l'autre (ibid, p.24).

Sur le plan social, la reconnaissance, est un enjeu essentiel dans l'existence d'une justice sociale. Véritable enjeu politique et sociétal, la reconnaissance, qui nous concerne tous à titre individuel, nous concerne aussi sur le plan collectif. Dans *Les théories de la reconnaissance*, les auteurs nous apprennent qu'Hegel, s'inspire de Rousseau et « *reprend les exigences d'universalité, d'égalité et de réciprocité qu'il place au principe de la reconnaissance, ainsi que la distinction entre la course aux honneurs, mue par le seul amour propre, et le besoin [...] d'être respecté et reconnu comme un être libre* » (Guéguen & Malochet, 2012, p.23).

Hegel explique l'hostilité dans les rapports humains comme étant l'expression du besoin de reconnaissance de l'individualité par autrui. Honneth, qui s'influence de ces travaux, réactualise son idée et interprète la reconnaissance comme « *le noyau normatif de l'ensemble des interactions et de la dynamique conflictuelle du champ social [...] et permet d'en révéler le caractère*

---

<sup>18</sup> Repéré à l'URL <http://www.fabriquedesens.net/Theorie-de-la-reconnaissance-avec>

*fondamentalement moral, par opposition à toute compréhension utilitariste et réductionniste du conflit social* » (ibid, p 78).

#### 1.4 La reconnaissance au travail

Brun, professeur en management, décrit quatre dimensions principales de la reconnaissance professionnelle.

La conception existentielle, correspond à la reconnaissance faite à l'individu en tant que personne et non pas en tant qu'employé. Il s'agit du respect naturel porté à la personne, se manifestant par exemple par des courtoisies, la connaissance et l'usage de son nom et prénom...L'approche comportementale est la valorisation des résultats d'un employé, se basant uniquement sur des critères mesurables et quantifiables... L'approche subjective s'intéresse, non pas aux résultats mais aux efforts et à l'investissement fournis, même si les résultats ou objectifs ne sont pas nécessairement atteints. Et enfin, la perspective éthique *« s'intéresse aux compétences de l'individu, aux responsabilités individuelles, au souci qu'il porte à autrui »* (Brun, 2008, p 65).

Ces approches ont chacune des pratiques de reconnaissance propres et adaptées. La reconnaissance existentielle est l'expression du respect dû à la personne (salutations, consultations...). La reconnaissance des résultats passe par des manifestations concrètes comme les primes. A contrario, la reconnaissance de l'effort fourni se manifeste par des remerciements, des gages de confiance donnés par les supérieurs à l'employé. Enfin, la reconnaissance des compétences et des qualités professionnelles se traduit par la valorisation d'aptitudes « cachées » (créativité, prise d'initiative, gestion d'un conflit...), qui ne sont pas celles demandées de prime abord à l'employé mais qui ont amenées une plus-value dans son travail.

La dimension professionnelle de la reconnaissance *« peut être vu comme le corollaire, dans de nombreuses activités, d'un sentiment de perte de sens du travail »* (Loriol, 2011, p.2). Il est intéressant de lire dans les recherches de Loriol que le sens du travail et le besoin de reconnaissance prennent une signification et une manifestation différente selon les époques et les domaines d'activités. *« On est « content de soi » quand on pense agir en conformité avec ce qui est valorisé par notre culture et renforcé, dans le quotidien, par les groupes auxquels nous participons ou nous identifions »* (Loriol, 2011, p. 3). Ainsi, le besoin de sens et de reconnaissance ne sont pas les mêmes d'une profession à l'autre et s'inscrivent dans un rapport social à l'autre.

#### 1.5 Le déni de reconnaissance

Nous avons considéré en premier lieu les enjeux et bénéfices de la reconnaissance mais il nous semble opportun d'aborder la reconnaissance sous son angle contrarié. Les auteurs de *Les théories*

de la reconnaissance écrivent que Emmanuel Renault a théorisé trois types de déni de reconnaissance au travail (Guéguen & Malochet, 2012, p. 65). L'invisibilité correspond à l'absence entière de prise en compte du besoin de reconnaissance. Il est pertinent de souligner à ce stade que le mouvement de revalorisation des métiers du *care*, décrit par Paperman et Laugier, « *participe de la reconnaissance de compétences socialement utiles, bien qu'elles aient été pendant longtemps assimilées à des qualités naturellement possédées par les femmes* » (ibid, p. 65). En second lieu, la reconnaissance dépréciative correspond à l'existence d'un jugement dévalorisant sur l'individu ou ses activités professionnelles. C'est bien ce dont il a été question au détour de l'important mouvement social des infirmières dans les années 1990 : « *ce dernier [...] était porté par la volonté de faire reconnaître à la fois la dimension technique de leur qualification et son aspect intrinsèquement relationnel* » (ibid, p. 65). Enfin, la méconnaissance correspond au décalage existant entre la reconnaissance accordée et l'objet d'attente de reconnaissance des employés. L'individu est certes reconnu, mais pas sur les qualités ou les efforts qu'il souhaite voir être mis en avant.

Lazzeri et Caillé n'abordent pas le déni de reconnaissance sur le plan professionnel uniquement. Selon leurs travaux, le défaut de reconnaissance va de la simple indifférence au mépris social et créé chez les individus, ou le groupe social, une véritable « *blessure morale* » (2004, p. 104). Plutôt que de cartographier les différents types de déni de reconnaissance, les auteurs se sont attardés sur les conditions nécessaires à l'existence de cette dépréciation. La première condition -qui comporte plusieurs variantes- est la connaissance antérieure du processus de reconnaissance. Pour vivre l'expérience désagréable de la dépréciation, il faut avoir d'abord connu l'expérience agréable de la valorisation. La seconde condition se situe sur le plan culturel. L'individu et le tiers dépréciateur, doivent avoir des références communes afin que l'individu soit en mesure d'appréhender la signification sociale de la dépréciation qu'il subit. Pour terminer, la troisième condition pour que la dépréciation agisse est l'absence, autour de l'individu, d'une communauté, réelle ou idéalisée, dont la reconnaissance est suffisante pour compenser la dépréciation.

## 1.6 Reconnaissance et valorisation

A partir de la tripartition hégélienne développée plus haut, trois registres émergent du concept de reconnaissance : la compétence, l'appartenance et l'amour. Il nous semble que le registre de la compétence peut nous éclairer.

Ce registre a été développé par Rawls, philosophe américain du XX siècle, dans *Théorie de la justice* (1971). Il s'y réfère à Aristote et à sa théorie de l'accomplissement de soi, qu'il rebaptise *principe aristotélicien* et définit son principe comme suit :

*Toutes choses égales par ailleurs, les êtres humains aiment exercer leurs talents (qu'ils soient acquis ou innés) et plus ces talents se développent, plus ils sont complexes, plus grande*

*est la satisfaction qu'ils procurent. L'idée intuitive ici est que les êtres humains prennent d'autant plus de plaisir à une activité qu'ils y deviennent plus compétents et, entre deux activités qu'ils exercent également bien, ils préfèrent celle qui fait appel à une plus vaste gamme de talents plus complexes et plus subtils. [...] En voyant chez les autres l'exercice de compétences de haut niveau, nous y prenons du plaisir et le désir s'éveille en nous de faire des choses semblables nous-mêmes. Nous voulons ressembler à ces individus qui ont développé des compétences que nous trouvons latentes dans notre nature (Rawls, 1986, cité par Lazzeri & Caillé, 2004, p 92).*

Ce principe aristotélien décrit une interaction sociale réussie qui procure à l'individu, outre une estime de soi augmentée et une valorisation, une approbation de la part du groupe qui aboutit à une intégration sociale.

La reconnaissance est un concept complexe, polymorphe, qui traverse toutes les parties de la vie individuelle et de l'expérience collective. L'intimité familiale, la justice sociale, la politique, la construction identitaire, le travail sont autant de domaines dans lesquelles la reconnaissance tient une place centrale. Les IBODE, groupe professionnel en quête de reconnaissance, réclament la valorisation de leurs compétences, la visibilité de leurs aptitudes et de leur investissement et ce graal se partagerait à titre collectif mais les enjeux sont également individuels.

Lors de nos lectures bibliographiques dans le domaine de la recherche en soins infirmiers, notre attention est retenue par le positionnement novateur et précurseur des acteurs qui introduisent la recherche infirmière dans le monde médical. Munis de leur bâton de pèlerin, des infirmiers œuvrent pour bâtir et diffuser un socle théorique pour des pratiques de soins de qualité. Il nous semble que le concept d'innovation évoque bien l'implication de ces infirmiers pionniers, aussi nous nous proposons d'éclairer notre sujet en ce sens.

## 2 L'INNOVATION

### 2.1 Définitions et caractéristiques

Le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) nous apprend qu'*innovation* vient du latin *innovatio*, signifiant changement, renouvellement. L'action d'innover, *innovare*, signifie renouveler et changer mais aussi forger, inventer.

L'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) précise que l'innovation est « *la mise en œuvre d'un produit (bien ou service) ou d'un procédé nouveau ou sensiblement amélioré, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques de l'entreprise, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures* ». (OCDE, 2005).

En 2010, le ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation du Québec définit l'innovation :

*L'innovation consiste en de nouvelles ou meilleures façons de faire des choses ayant de la valeur. Les inventions ne deviennent des innovations qu'une fois mises en œuvre de façon pertinente. L'innovation existe sous plusieurs formes, dont l'innovation de procédés, l'innovation de produits et l'innovation sociale et organisationnelle* (MESI, 2010).

Ces définitions se complètent et nous permettent de mettre en exergue différents types d'innovation : innovation de produits, de procédés, d'organisations ou de commercialisation.

Les caractéristiques principales de l'innovation sont l'efficacité et la valeur (Benomar et al, 2016, p.18). L'efficacité est définie par le Larousse comme la capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donnée. La valeur, dont l'origine est avant tout économique, se traduit par le rapport entre les résultats et le coût de production des dits résultats (Porter, cité par Benomar et al, 2016, p.18).

## 2.2 Du mythe à la réalité

Comme beaucoup de concepts, l'innovation tient une place de choix dans la galerie d'Épinal. Dortier (2015, p. 6) nous apprend que dans l'imaginaire collectif, l'innovation est synonyme de progrès. Idée de génie qui représente une rupture nette « avec l'ordre des choses », il n'y a pas de retour en arrière possible au monde d'avant, que ce soit après la découverte de l'électricité, d'internet ou du smartphone. Un autre point essentiel est que l'invention de génie est portée par un brillant cerveau solitaire doté d'une pensée divergente, évoluant hors des sentiers battus et dont l'intelligence atypique bouscule les codes et paradigmes en vigueur.

Ce mythe fondateur du génie solitaire, affranchi de toutes limites grâce à une intelligence créatrice hors norme est très utopique. L'auteur nous rappelle que de nombreuses découvertes, à l'instar de l'ampoule ou de l'ordinateur, l'ont été de façons simultanées, voire par association d'inventeurs concurrents :

*Toute l'histoire des sciences et des techniques met en évidence l'importance des tendances évolutives, des bouillons de culture, des myriades d'initiatives parallèles, des interactions*

*qui font que les grandes innovations ne naissent pas ex nihilo du cerveau d'un héros isolé mais prennent racine dans certains lieux, milieux et époques* (Dortier, 2015, p.8).

Il souligne l'existence, certes, d'innovations de « rupture » (terme introduit en 1997 par Clayton Christensen) mais surtout nous exhorte à ne pas oublier les innovations « ordinaires » qui sont pourtant légions : « *les petites innovations, à la marge, sont source d'une grande biodiversité, dans la nature comme dans l'économie* » (Dortier, 2015, p.9).

### 2.3 Les étapes de l'innovation

Selon Dortier, toute innovation, ordinaire ou non, se conçoit en trois lois : la variation, l'assemblage et le transfert (2015, p.10). La variation porte sur un objet déjà connu, pour en modifier la fonction par variation de la taille, forme, matière... L'assemblage est la seconde loi de l'innovation. Il s'agit de coupler deux objets distincts en un seul : la poussette par exemple, est un berceau et des roues assemblés en un nouvel objet. Enfin, la loi du transfert correspond à l'exportation d'une innovation d'un domaine à un autre. Par exemple, à partir de l'automobile ont été déclinés l'ambulance, le camion-citerne ou l'autobus.

### 2.4 Les attributs de l'innovation

Everett Rogers, sociologue et statisticien américain, distingue, dans son travail réalisé sur la diffusion des innovations, cinq attributs à l'innovation. En premier lieu, cette dernière doit représenter un avantage par rapport à ce qui se faisait jusque-là. Puis, il doit y avoir une compatibilité entre les valeurs et les besoins des adoptants. Enfin, l'innovation doit être aisément testable avant son adoption par le plus grand nombre, elle doit être peu complexe et enfin, fournir des bénéfices directement observables (cité par Benomar et al, 2016, p.20).

Sans contredire les travaux de Rogers, d'autres auteurs enrichissent ce point de vue. Greenhalgh ajoute à ces attributs, l'importance de planifier en amont et de coordonner la diffusion de l'innovation (ibid, p.20). Par cet ajout, la professeure en médecine, comme d'autres avant elle, définit bien l'innovation comme un processus à part entière.

### 2.5 Innovation médicale

L'histoire de la médecine est jalonnée d'innovations : la vaccination, la transfusion sanguine, l'anesthésie générale, la chirurgie robotique...il s'agit d'autant d'innovations permettant le progrès médical et une prise en charge optimale et toujours plus performante des malades.

Pourtant, Tournay, biologiste et chercheuse au CNRS, évoque le « *mille feuilles des récits sur l'innovation et l'ambiguïté de ce qui définit un progrès en médecine* » (2015, p.47). En effet, des avancées prometteuses en matière de nanotechnologies, biotechnologies, ou en intelligence artificielle font miroiter un avenir qui défie les effets du temps et des lésions sur le corps humain. Pourtant, le cancer qui accompagne l'Homme depuis toujours ne tue pas moins de personnes aujourd'hui et ce, malgré les progrès thérapeutiques. Et d'ailleurs, l'auteure rajoute que la difficulté de peindre un panorama de l'innovation médicale réside dans « *la grande diversité d'indicateurs, incluant les promesses à moyen terme associées à des travaux scientifiques reconnus comme prometteurs* » (ibid, p.47).

Une des caractéristiques fortes de l'innovation médicale est qu'elle est « *indissociablement scientifique et institutionnelle* » (Tournay, 2015, p.49). L'innovation n'est pas un état de fait mais le résultat, outre l'aspect scientifique, d'une organisation destinée à l'appliquer et pensée en amont. Il s'agit plus « *d'un processus de mise en relation entre le monde de la recherche médicale et celui de l'action politico-administrative* » (ibid). Il en est d'ailleurs de même pour les projets de financement des recherches comme pour les réflexions éthiques et réglementaires entourant ces innovations en devenir : ils les précèdent.

En médecine aussi, les conséquences des innovations peuvent dépasser leur domaine d'application. Par exemple, la télémédecine a révolutionné l'accès aux soins et a « *engrangé un certain nombre de transformations économiques et organisationnelles* » (ibid, p.49). En libérant du temps de consultations, d'analyse de données cliniques ou paracliniques, les médecins ont pu disposer mieux de leur temps et raccourcir leur délai d'attente de prise en charge pour de nouveaux patients. En téléobservant les signaux émis par les dispositifs implantables d'électrostimulation cardiaque des patients, des accidents dramatiques, liés à un dysfonctionnement, un changement de dispositif, une évolution de la symptomatologie ... sont évités par une prise en charge dans les plus brefs délais. Ces différents éléments représentent une organisation à mettre en place, un gain sur le coût de santé et une satisfaction pour les usagers.

## 2.6 Facteurs influençant l'innovation médicale

En 2016, des recherches ont été entreprises pour donner des recommandations au gouvernement canadien pour « *favoriser le développement d'une culture de l'innovation au sein du système de santé* » (Benomar et al, 2016, p.5).

Bien qu'il s'agisse d'une étude contextualisée dans un autre pays, il nous semble que certains de ces facteurs sont exportables à notre sujet.

En premier lieu, l'environnement joue un rôle capital dans l'essor de l'innovation médicale. La position d'un gouvernement sur un système de santé de qualité et sur l'innovation -comme vecteur d'un bien-être collectif et économique- est déterminante.

La société tient aussi une place importante dans les leviers de l'innovation médicale. C'est par les choix des usagers de soins, au regard de données probantes sur l'efficacité, qu'une pression peut être exercée. Cette dernière permet ainsi d'implanter durablement l'idée qu'un système de santé innovant peut être la norme et devenir un bénéfice pour tous les acteurs en présence.

En second lieu, nous évoquerons le facteur politico-social. Outre la stabilité politique, déjà évoquée précédemment, c'est ici la planification de l'intégration des innovations qui assure son succès. La Young Foundation, centre pour l'innovation sociale, décrit les trois forces participant à l'intégration d'une innovation, qui toutes concernent et responsabilisent les individus comme les décideurs. La force venant des hautes sphères d'une société pousse les instances et les individus à innover. Une seconde, va au contraire venir de la base, les usagers et les professionnels vont inciter le sommet à la diffusion des innovations. Enfin, la dernière force est horizontale et correspond à l'émulation présente autour des innovants : la communication et la transparence des données, la collaboration entre pairs... (Benomar et al, 2016, p. 24).

Des facteurs endogènes à l'innovation médicale sont soulignés : le contexte réglementaire, la structure organisationnelle du système de santé, les modèles d'affaires et l'expertise et compétences des individus impliqués sont autant de facteurs permettant l'établissement d'un contexte favorable à l'essor de l'innovation.

## 2.7 L'innovation appliquée à la pratique infirmière

L'innovation est rarement une initiative centralisée, aussi, dresser un portrait exhaustif de toutes les innovations dans la pratique infirmière serait difficile. Nous nous proposons d'évoquer des innovations récentes et significatives au regard de notre sujet.

L'infirmier en pratique avancée (IPA) est une profession nouvelle en France, créée par la loi de santé de Janvier 2016<sup>19</sup>. L'ordre national infirmier définit en 2017 l'IPA comme une « *infirmière experte, titulaire d'un master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ces actes [...]. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes* ».

---

<sup>19</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

Cette profession, existante déjà depuis plusieurs décennies dans le monde anglosaxon, représente une innovation de type organisationnel. L'implantation de cette nouvelle profession et son impact sont en cours d'évaluation et celle-ci doit porter sur « *la qualité et la sécurité des soins mais aussi d'accès aux soins* » (Debout, 2019, p.46). Cette évaluation fait l'objet d'un dossier publié dans la revue Soins. Debout, IADE docteur en épistémologie et philosophie des sciences, nous apprend que c'est l'offre de soins qui est directement remaniée par l'apparition des IPA. En effet, tâchant de révéler l'étendue de l'impact des IPA, tant au niveau macro que microscopique, l'évaluation portera sur les « *résultats cliniques, la satisfaction, la quantification de l'activité, la pertinence des soins, l'utilisation des ressources, la performance et l'évaluation économique* » (Debout, 2019, p.46).

Les Etats Unis ont un recul plus important sur cette profession et il s'avère qu'elle « *a entraîné de profondes modifications organisationnelles et une redéfinition des contributions apportées par les différentes catégories de professionnels de santé dans les parcours de soins, transférant notamment vers les IPA des activités qui étaient antérieurement réservées au médecin* » (Debout, 2018, p. 40)<sup>20</sup>.

La mise en place des IPA a nécessité « *l'existence d'un cadre législatif et réglementaire [...] et la mise en œuvre d'une démarche de projet ambitieuse* » (Debout, 2018, p.40). Par ailleurs, ce métier représente une nouvelle prestation tout en rentabilisant le temps médical, ce qui représente un bénéfice économique et organisationnel considérable. Tous ces éléments comptent, nous l'avons vu, parmi les caractéristiques de l'innovation. Ce choix de l'IPA comme exemple d'innovation infirmière nous permet de mettre en exergue le retentissement que peut avoir sur les usagers de soins, au sein des équipes et au cœur même du système de santé une innovation appliquée aux pratiques infirmières.

Parmi les innovations introduites dans le quotidien des infirmiers, les techniques d'information et de communication (TIC) ont fait l'objet d'une recherche au Québec (Gagnon et al, 2013). Par cette étude, les auteurs cherchent à savoir si les TIC, qui « *englobent toutes les technologies numériques facilitant la saisie, le traitement, le stockage et l'échange électronique d'informations* » (Gagnon et al, 2013, §1), ont un impact sur le maintien de l'emploi des infirmiers. Les auteurs ont pu constater que la « *diversité des applications de TIC constitue à première vue des indices d'innovations organisationnelles et de changements dans les activités exercées par les infirmières* » (ibid, §39). De plus, parmi les différents effets des TIC répertoriés sur la perception des participants à cette recherche, nous retenons l'effet positif tout en précisant qu'aucun effet négatif est évoqué. « *Les TIC peuvent favoriser indirectement le maintien en poste, notamment à travers le développement professionnel et la réduction de l'isolement professionnel* » (ibid, §34). Les TIC, innovation technologique par excellence, ont su être mises au service du milieu du soin et leurs effets peuvent être considérables dans le contexte actuel de pénurie d'infirmiers.

---

<sup>20</sup> Les IPA dans le monde anglosaxon ne répondent pas aux mêmes missions ni au même mode d'exercice que les IPA français. Il convient donc de rester prudent face à cette comparaison.

La recherche infirmière, aujourd'hui plus répandue, a pourtant bénéficié du statut d'innovation lors de son apparition en France. Jovic (2019) nous rappelle que sa mise en place dès les années 1980 et jusqu'aux années 2000 a été possible grâce à des établissements ayant une posture novatrice et qui ont ainsi déployé une stratégie permettant le succès de cette recherche (politique d'établissement, identification des personnes impliquées, aides diverses...). Jovic exprime bien que toutes innovations nécessitent un contexte favorable avant d'être généralisée. L'idée précurseur 30 ans plus tôt, apparaîtra comme une évidence pour la génération suivante. A propos de la recherche, il nous semble qu'il s'agit d'un cercle vertueux puisque des résultats de cette recherche infirmière, innovante il y a 20 ans, peuvent induire aujourd'hui l'apparition de pratiques novatrices, basées sur des faits probants!

L'innovation, souvent associée au management ou à l'entreprise, tient également une place de choix dans le domaine de la santé. Elle n'est pas toujours synonyme de rupture et de révolution et consiste aussi en l'amélioration de ce qui est déjà en place. L'innovation se conçoit toujours dans son contexte puisqu'elle naît d'une tendance à la progression mais également du composite complexe de réglementations, planifications et considérations politiques et sociales. Pour les IBODE, l'innovation pourrait consister en la redéfinition des paradigmes de la profession.

## HYPOTHESE

La recherche en bloc opératoire est, comme la recherche infirmière en général, un terrain d'avenir dont les professionnels paramédicaux doivent se saisir. En retraçant l'histoire de la profession d'IBODE, nous découvrons qu'il s'agit d'une profession peu reconnue sur le plan législatif et qui a bénéficié d'une spécialisation tardive.

Au début de notre travail, nous nous sommes interrogée sur le lien entre la recherche infirmière et l'évolution des pratiques en bloc opératoire. Pour bien déterminer les termes de cette interrogation, nous réalisons de nombreuses lectures à propos de l'IBODE, son histoire et ses fonctions, mais aussi à propos de la recherche infirmière. C'est au travers de ces lectures que nous apparaît le cadre conceptuel de ce travail. Au-delà de l'application d'une méthodologie, ce cheminement nous permet de voir un lien entre profession d'IBODE et recherche infirmière. Ces deux domaines partagent la même dynamique du perfectionnement, de la recherche de la qualité et a fortiori de la sécurité pour les patients. Les infirmiers de bloc luttent pour faire reconnaître la spécificité de leur profession par une formation de qualité. La recherche infirmière, quant à elle, permet l'amélioration des pratiques. Cet élan de perfectionnement dans la pratique infirmière est le même.

Le bloc opératoire est un milieu régit par *l'evidence based practice*. La recherche infirmière est actuellement dans un contexte très favorable grâce à des dispositifs centralisés (PHRIP) et l'existence toute récente d'un cursus universitaire complet. Les IBODE, qui sont dans un contexte législatif où leur plus-value semblent être à prouver, n'auraient-elles pas intérêt à investir le champ de la recherche infirmière ? Après une spécialisation, qui démontre un souhait d'être toujours plus garante de la qualité des soins, il peut sembler naturel de s'investir dans la recherche infirmière par la production, la diffusion et l'utilisation de résultats de recherche.

Aussi, nous formulons l'hypothèse que **l'IBODE gagne en reconnaissance professionnelle en participant à l'innovation via la recherche infirmière.**

# ENQUETE

## 1 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour confirmer ou infirmer notre hypothèse, nous menons une enquête sur le terrain sous forme d'entretiens semi-directifs auprès de professionnelles de santé. Cette enquête exploratoire à visée compréhensive nous amène des éléments éclairant notre problématique.

### 1.1 Technique de recueil de données

#### 1.1.1 Choix du terrain et de la population

Nous faisons le choix d'enquêter auprès de professionnels travaillant dans un centre hospitalier universitaire. Outre les soins, un CHU remplit les missions d'enseignement et de recherche et représente ainsi un terrain approprié pour y mener une enquête sur notre thématique.

Les professionnelles concernées par l'enquête sont six IBODE issues de blocs opératoires. Comme nous savons que la reconnaissance ne se conçoit que dans le regard d'un autre, nous choisissons de rencontrer une autre catégorie professionnelle, représentée par deux cadres de santé en bloc opératoire. Cela présente le double avantage de recueillir leurs impressions sur les dynamiques innovantes au sein de leurs équipes mais aussi, sur leur sentiment de reconnaissance quant aux agents s'inscrivant dans la démarche d'innovation.

#### 1.1.2 Choix de l'outil

Afin d'apporter une réponse à notre hypothèse, nous choisissons de nous orienter sur des entretiens semi-directifs. Cet outil d'enquête nous permet de recueillir des données qualitatives, et ainsi d'amener des éléments de réponses dans notre démarche exploratoire. Les données qualitatives s'inscrivent dans une compréhension au travers du discours de la personne interrogée.

L'entretien semi-directif à mener auprès des IBODE est constitué de six questions ouvertes et de questions de relance (cf ANNEXE I). Celui destiné aux cadres de santé comporte trois questions ouvertes et également des questions de relance (cf ANNEXE I).

#### 1.1.3 Protocole de recueil des données

Pour mener nos entretiens sur le terrain nous avons pris soin, conformément aux règles éthiques, de formuler une demande d'autorisation d'enquêter à la direction des soins de l'établissement concerné.

Après avoir reçu l'autorisation, nous contactons les cadres de blocs des IBODE concernées pour les informer de notre démarche.

Après une prise de contact avec les personnes à interviewer pour fixer un rendez-vous, les entretiens sont réalisés dans un endroit calme et propice à l'échange, au sein de l'établissement de santé mais en dehors des plages horaires de travail des IBODE. Une IBODE est interrogée par téléphone car son planning de nuit complique l'organisation d'une rencontre. Les cadres de santé sont rencontrées pendant leur journée de travail. Un seul entretien est perturbé par de nombreux dérangements pendant celui-ci : nombreux coups de fils, plusieurs entrées dans le bureau, échanges houleux avec un agent à propos d'une grève à venir...

Les principes de volontariat, d'anonymat et de confidentialité sont précisés par nos soins dès le début des échanges et chaque entretien est enregistré après accord des personnes et à des fins seules de retranscriptions. Les personnes sont informées que toutes traces de ces entretiens sont détruites après exploitations des informations nécessaires à notre travail.

Nous faisons preuve d'écoute active afin de laisser toute latitude possible à l'expression du vécu et de l'expérience personnelle de chaque personne rencontrée. Nous veillons à être assise face à la personne rencontrée, à une juste distance, permettant un climat d'échange bienveillant.

## 1.2 Technique d'analyse

Nous menons d'abord les entretiens semi directifs en suivant la trame réalisée au préalable. Puis nous procédons à la retranscription mot pour mot de ces entretiens (Cf ANNEXE II).

Pour appliquer une analyse méthodique et objective, nous réalisons une grille d'analyse, transposable à tous les entretiens (cf ANNEXE III). Cette grille reprend les thèmes abordés : innovation, recherche infirmière et reconnaissance professionnelle. Puis des sous-thèmes : représentations, freins, facteurs favorisants... et enfin, une colonne à compléter par les citations extraites des entretiens.

Ce tableau est finalement utilisé dans une ultime version (cf ANNEXE IV), confrontant les réponses de tous les entretiens. Cela nous permet de compter les occurrences des éléments de réponses, et voir si apparaissent divergences ou des points communs évidents. Ceci nous aide à regrouper les éléments de réponse de façon catégorielle, lorsque c'est pertinent pour ainsi faire le lien avec notre cadre théorique.

## 2 LES BIAIS ET LIMITES DE L'ENQUETE

L'échantillon de personnes rencontrées n'est pas suffisamment important pour être représentatif de la population ciblée. Il nous permet d'appliquer une méthodologie de recherche mais pas d'obtenir des conclusions généralisables.

Outre un nombre d'entretiens plus important, ce travail nécessite plus de temps. Nous sommes aussi limitée par le nombre de pages demandées. Cela ne nous permet pas d'exploiter les résultats de l'enquête de façon exhaustive.

## 3 RESULTATS DE L'ENQUETE

### 3.1 Caractéristiques de la population interrogée

Nous rencontrons 8 personnes, toutes des femmes mais le genre n'est pas un critère déterminant pour notre enquête.

La durée de leur expérience en bloc opératoire et l'ancienneté de l'obtention du diplôme d'IBODE sont plutôt hétérogènes. Mais nous constatons une ancienneté de la pratique en bloc opératoire au minimum de 8 ans.

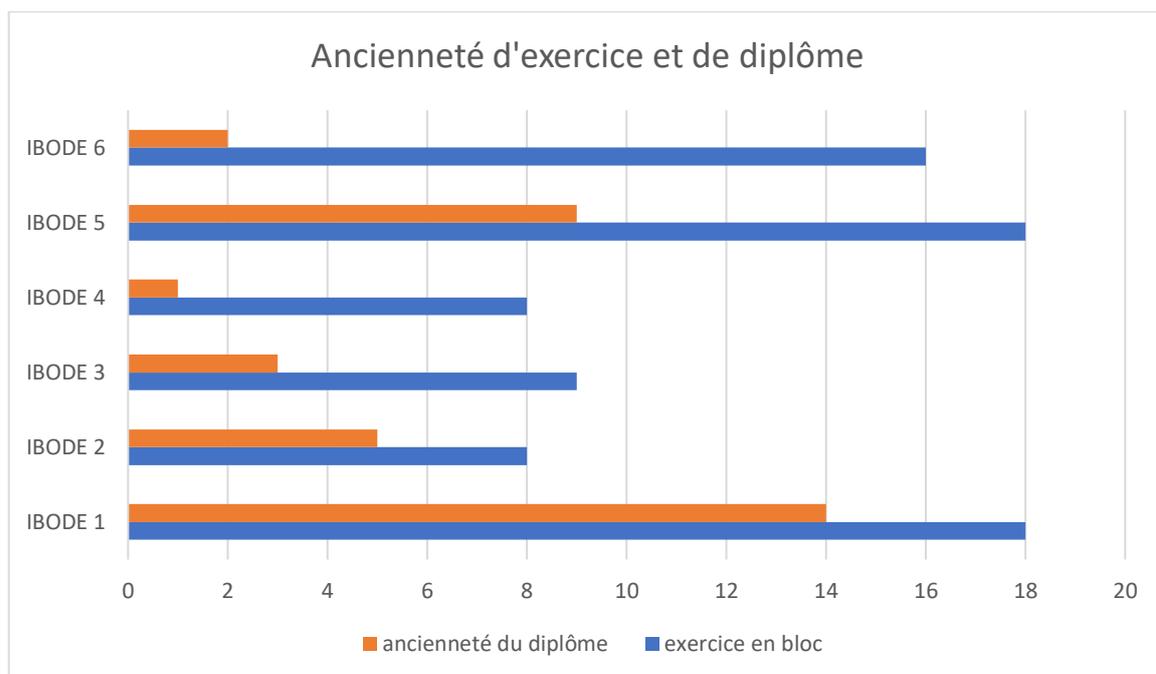


Figure 1 Ancienneté d'exercice en bloc opératoire et d'obtention du diplôme d'IBODE, exprimées en années

Sur cette question, les deux cadres de santé ne sont pas interrogées car cela ne nous semble pas pertinent.

La durée moyenne des entretiens est de 34 minutes pour une moyenne de 189 lignes.

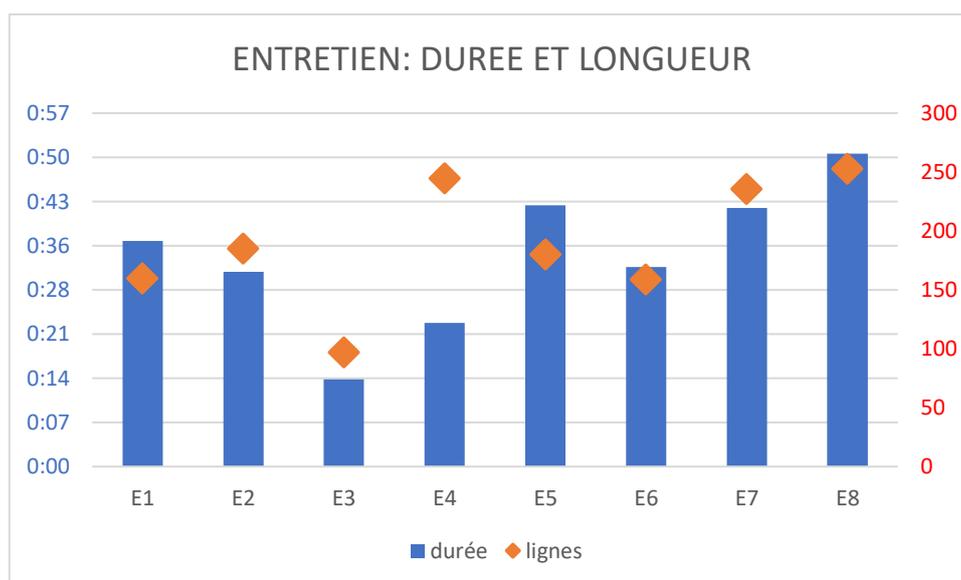


Figure 2 Durée et nombre de lignes des entretiens

5 IBODE travaillent dans un bloc monospécialité mais assurent des journées dans un bloc d'urgence où elles se confrontent à d'autres spécialités que la leur. Une IBODE est affectée en poste dans un bloc d'urgence, principalement traumatologique, mais côtoie aussi d'autres spécialités. Les cadres de santé le sont sur des plateaux où elles gèrent plusieurs spécialités et plusieurs équipes.

## 3.2 Présentation des résultats

### 3.2.1 Thème Innovation

- Représentations

A la question « que représente pour toi l'innovation dans le secteur du bloc opératoire ? », les réponses sont variées mais plutôt unanimes.

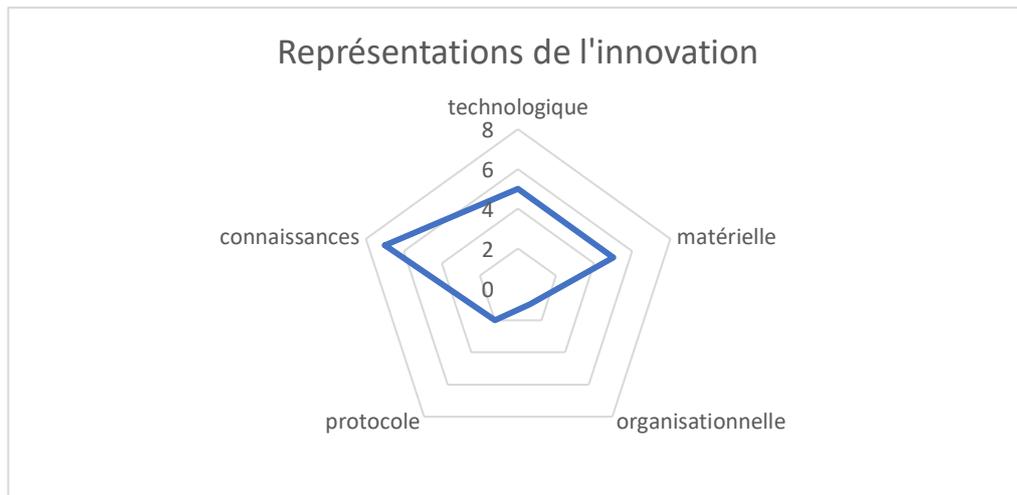


Figure 3 Représentations de l'innovation en bloc opératoire

Pour augmenter la lisibilité, nous regroupons sous l'intitulé de *connaissances*, les réponses évoquant l'évolution des techniques opératoires (« *Pour moi c'est l'évolution de la chirurgie, des techniques opératoires* » E5, L12 ; « *La chirurgie elle-même avec de nouvelles techniques opératoires mises en place par les chirurgiens mais où nous pouvons avoir un rôle intéressant* » E2, L8-9), la gestion des risques (« *La gestion des risques est spécifique aux paramédicaux, surtout aux IBODE. On a un vrai rôle à jouer pour l'innovation dans ce secteur.* » E2, L105-107), l'amélioration des pratiques professionnelles (« *L'innovation, c'est tout ce qui fait avancer les pratiques* » E4, L17 ; « *[...] il y a aussi la pratique. L'amélioration des pratiques professionnelles* » E4, L18-19) et les connaissances elles-mêmes (« *L'innovation, c'est, je trouve, la masse des nouvelles connaissances, des nouvelles techniques, des nouveaux matériaux qui s'invitent au bloc* » E4, L9-10). Ainsi, l'innovation sous l'intitulé de *connaissances* est la forme d'innovation la plus souvent définie par les personnes rencontrées mais regroupe en réalité plusieurs catégories de réponses.

Après celle-ci, c'est l'innovation technologique (« *Pour moi l'innovation, c'est tout ce qui est technologique. Le matériel, tout ce qui est microscope, la robotique, la chirurgie 3D, la discovery. Pour moi l'innovation c'est ça, c'est le progrès technologique* » E1, L8-10 ; « *C'est la chirurgie laparo puis la coelio, puis la robotique* » E5, L14) et l'innovation matérielle (« *L'innovation, c'est, je trouve, la masse [...] des nouveaux matériaux qui s'invitent au bloc* » E4, L9) qui sont les plus largement citées.

Puis l'utilisation de protocoles est citée à deux reprises comme élément de l'innovation (« *On peut innover par des protocoles* » E1, L10-11 ; « *si on change les protocoles ou les pratiques c'est pour s'améliorer donc c'est de l'innovation aussi* » E3, L34-35).

L'organisation, quant à elle, n'est évoquée qu'une fois lors de l'entretien avec la première IBODE (« *ça peut être innover une autre organisation, pour améliorer les conditions de travail par exemple* » L 11-12).

En reprenant la définition d'innovation du Ministère québécois de l'Économie, de la Science et de l'Innovation (Mesi), « *l'innovation existe sous plusieurs formes, dont l'innovation de procédés, l'innovation de produits et l'innovation sociale et organisationnelle* ».

En s'attachant à lire nos résultats sous cet éclairage, nous constatons que les éléments de réponse des personnes interrogées correspondent bien à cette définition. Le matériel et la technologie correspondent à l'innovation de produits, les protocoles aux procédés et en dernier lieu, nous évoquons l'innovation organisationnelle qui est aussi le dernier élément défini par le MESI.

- Moyens de participation à l'innovation

Nous nous attachons à connaître les moyens utilisés par les personnes interrogées pour prendre part à l'innovation.

Précisons dès maintenant qu'à la question des moyens, trois personnes évoquent l'amélioration des pratiques (« *C'est être constamment dans cette recherche pour se perfectionner et être mieux à même d'être dans cette exigence.* » E5, L25 ; « *Ca peut-être un projet de service, ça peut être des projets d'amélioration des problématiques que l'on rencontre et qu'on souhaite affiner, améliorer* » E7, L 34-37). Bien que cela soit davantage la fin qu'un moyen, cet élément nous permet de confirmer que ces mêmes personnes sont bien investies dans une démarche d'amélioration de ce qui est déjà existant et donc, d'innovation. Cet élément est corroboré dans la même définition du MESI de 2010 « *L'innovation consiste en de nouvelles ou meilleures façons de faire des choses ayant de la valeur* ».

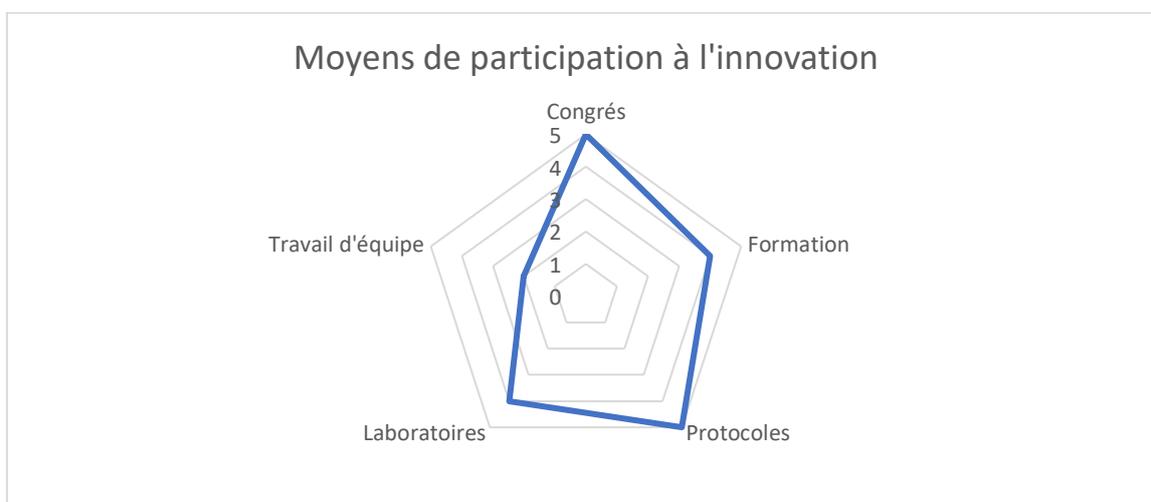


Figure 4 Moyens de participation à l'innovation

Parmi les moyens les plus évoqués, nous retrouvons la participation à des congrès (« *j'ai déjà participé à un congrès d'urologie* » E3 L17 ; « *on a la chance de pouvoir chaque année aller dans des congrès* » E5, L31) aussi bien en tant que participante qu'en tant qu'intervenante pour deux

d'entre elles (« *Oui j'ai même fait des présentations à des congrès* » E1, L20 ; « *J'ai participé aux journées nationales d'études et de perfectionnement 2018, 2019, pour y assister, et en tant qu'intervenant.* » E2, L24-25).

Les protocoles sont aussi un moyen largement évoqué, puisqu'il l'est par 5 personnes, soit près de 63%. « *Nous avons élaboré un protocole* » (E1, L156), « *Je donne toujours mon avis, mais je ne suis jamais à l'origine ou l'instigatrice du projet* » (E4, L58, à propos des protocoles), ou encore « *on met ça en forme avec l'encadrement, avec les chirurgiens, avec les anesthésistes et on rédige entre guillemets des protocoles, des procédures* » (E7, L17-19).

Viennent ensuite la proximité avec les laboratoires (« *En étant au contact avec les labos, aller chercher sur une nouvelle technique ou un nouveau matériel, ce que l'on nous demande. C'est être constamment dans cette recherche pour se perfectionner et être mieux à même d'être dans cette exigence.* » E5, L24-28 ; « *Il y a des infirmières qui font des recherches sur internet, sur des livres, elles vont à la bibliothèque du PREFMS mais c'est elles qui font cette recherche. Ensuite on les envoie à l'école d'IBODE pour avoir des renseignements, on va vers des labos* » E7, L8-10) et la formation, qu'elle soit formelle (« *J'ai fait un DU de robotique pour me perfectionner* » E1, L15) ou informelle et quotidienne (« *On peut participer en discutant avec les laboratoires : ils viennent pour nous former au nouveau matériel. C'est de la formation continue en quelque sorte* » E3, L12-14 ; « *Pour les choses qui sont nouvelles, on a des formations* » E6, L23-24)

Le travail d'équipe ou en collaboration est une réponse peu représentée (« *j'ai pu, dans la dynamique d'équipe, traiter des sujets en particulier et après les retranscrire* » E1, L52-53 ; « *nous mettons tout en commun, nous en parlons avec les chirurgiens, avec les anesthésistes si besoin, nous réalisons des procédures, nous allons aussi vers l'hygiène* » E7, L13-16). Pourtant, d'après la Young Foundation qui décrit les forces en présence dans le processus d'innovation, la collaboration entre pairs y contribue largement.

- Facteurs influençant la participation à l'innovation

Pour cette question, nous nous attachons à déterminer les freins et les facteurs favorisant la participation des IBODE à l'innovation. Sans grande surprise, certains éléments décrits comme facteurs favorisants sont cités en freins lorsqu'ils sont considérés absents. Pour faciliter l'analyse de ces éléments nous les confrontons, tant sur le plan positif que négatif.

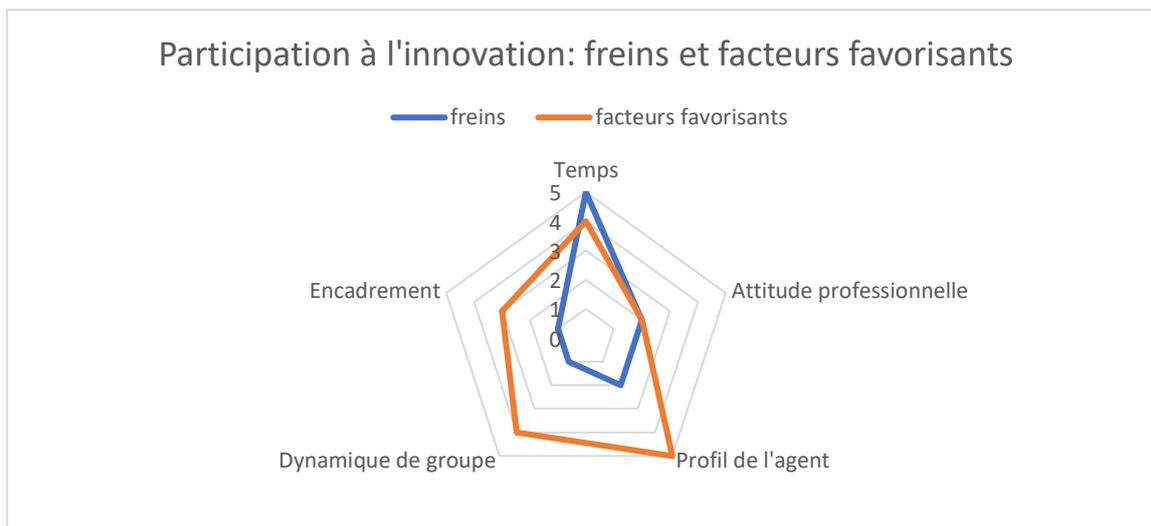


Figure 5 Facteurs favorisant et freins à la participation à la démarche d'innovation

Le graphique ci-dessus nous permet de voir émerger une évocation plus souvent négative du temps. Le manque de temps est le premier frein à la participation des IBODE à l'innovation (« *On a le temps de rien en dehors de faire sa fiche de poste* » E1, L144 ; « *C'est sûr qu'avoir du temps pour ça, ça serait facilitant* » E6, L99-100).

Selon les personnes interrogées, il existe l'existence d'un profil particulier, intéressé par cette démarche. (« *Je pense que c'est une histoire de personnalité* » E4, L113 ; « *Et la garantie qu'il faut mettre les gens, qu'il faut parce qu'il y a des gens qui sont...euh [...]il y a des personnes plus intéressées par la recherche que d'autres* » E7, L 68-71).

L'interaction de ces mêmes profils entre eux est aussi un facteur favorisant. « *Ici, la dynamique existe, d'autres collègues font aussi des recherches et c'est unanimement très bien accueilli* » (E2, L63-64), « *c'est l'encadrement, ce sont les chirurgiens, c'est nous qui devons mettre en dynamisme cela...* » (E7, L76-77). Il est évoqué par 50% des personnes rencontrées qu'une dynamique d'équipe ou du groupe joue sur leur participation à l'innovation.

L'appui de l'encadrement dans ces démarches est un élément facilitant puisqu'il permet aux agents la participation à des congrès, de mener à terme des projets, de pouvoir contacter les bons interlocuteurs ect... (« *On a toujours eu un contexte facilitant pour ce travail notamment au niveau de l'encadrement qui était dans une démarche de toujours aller au bout des projets entamés* » E1, L60-61). D'après la Young Foundation, l'innovation répond à un sommet d'une pyramide (hiérarchie, gouvernements...) qui fait pression vers la base de celle-ci, pour pousser le plus grand nombre (ici, les soignants) à répondre au besoin d'innovation par sa participation.

Notons aussi, bien que cela se rapproche peut-être de la notion de profil, qu'il est décrit des attitudes professionnelles favorables. Ainsi, le fait d'être à l'écoute, non réfractaire aux changements (« *En écoutant, en étant à l'affût des informations quand j'instrumente ou que je suis circulante. En étant attentive aux nouvelles façons de faire* » E4, L21-22), désireux d'améliorer sa pratique professionnelle permet de s'inscrire plus facilement dans la démarche d'innovation.

Pour ne se concentrer désormais que sur les freins, 50 % des personnes interrogées expliquent que l'innovation, et notamment la participation à la recherche infirmière, ne fait pas partie de la culture professionnelle. (« *ce n'est pas ancrée dans la profession* » E2, L116 ; « *Ce n'est pas dans la culture je ne dis même pas du bloc opératoire mais de l'IDE tout court. Je pense que dans l'inconscient collectif, la recherche est l'affaire des médecins* » E5, L108-110).

Le manque de ressources humaines est pointé par la moitié des personnes comme frein important à cette démarche d'innovation. (« *On ne va pas plus loin, pourquoi ? Parce que à ce jour, on n'a pas de ressources humaines infirmières* » (E7, L38-39), « *Pour moi, c'est un problème de ressources humaines et de philosophie* » (E2, L127). Cet élément est à mettre en lien avec le temps car en effet, à effectif diminué, c'est une rentabilisation optimale du *temps* de travail des agents qui est demandé.

Le dernier frein évoqué par deux personnes est l'absence ou la difficulté d'accès à des formations. (« *Je pense qu'une formation serait nécessaire* » (E1, L34), « *Elles ne nous sont pas facilitées : personnellement, j'ai déjà demandé trois fois le DU de robotique que je n'ai toujours pas* » (E3, L23-24). Ce n'est pas l'encadrement ou l'absence de formations qui est mis en cause mais bien encore le manque d'effectif qui ne permet pas de détacher du personnel (« *Je pense qu'il y a une grosse part de difficultés financières. Par ailleurs, il leur est difficile de nous détacher* » E3, L28-29).

Concernant les facteurs facilitant la participation à la démarche d'innovation, le bénéfice de l'enseignement de l'école d'IBODE est cité par deux IBODE (« *C'est plutôt une histoire de méthodologie et de rigueur. L'école a aidé là-dessus* » E2, L142-143 ; « *D'avoir fait l'école d'IBODE, c'est un peu comme les IPA. Tu as travaillé, et puis tu retournes en formation et parce qu'on te le demande, tu te remets à chercher, et tu cherches l'excellence et la sécurité pour ton patient* » E5, L220-222). Une des deux cadres de santé s'appuie également sur cette institution pour des conseils et des renseignements concernant les projets d'amélioration des pratiques menés dans son bloc (« *On va souvent à l'école d'IBODE, puisqu'il y a quand même souvent vos TIP réalisés chaque année, mais il y en a qui sortent entre guillemets du lot, qui sont très bons, qui ont des recherches affinées, qui gagnent des prix, le prix Soferibo. Ça, effectivement, on se sert parfois de ces TIP, c'est pour ça qu'on se tourne vers l'école et le PREFMS, pour prendre des informations, pour actualiser la pratique professionnelle.* » E7, L24-28).

Les ressources bibliographiques mises à dispositions par le CHU (intranet..) et la bibliothèque du PREFMS sont considérés comme un élément aidant par une IBODE et par la cadre de santé précédemment citée.

En dernier lieu, citons les labos et leur présence régulière dans les blocs (« *Nous avons souvent les labos qui viennent à la demande. On est quand même dans une pratique encadrée je trouve* » E6, L36-37).

- Bénéfices perçus

Encore une fois, les réponses sont variées à la question du bénéfice perçu à participer à l'innovation et à l'amélioration des pratiques.

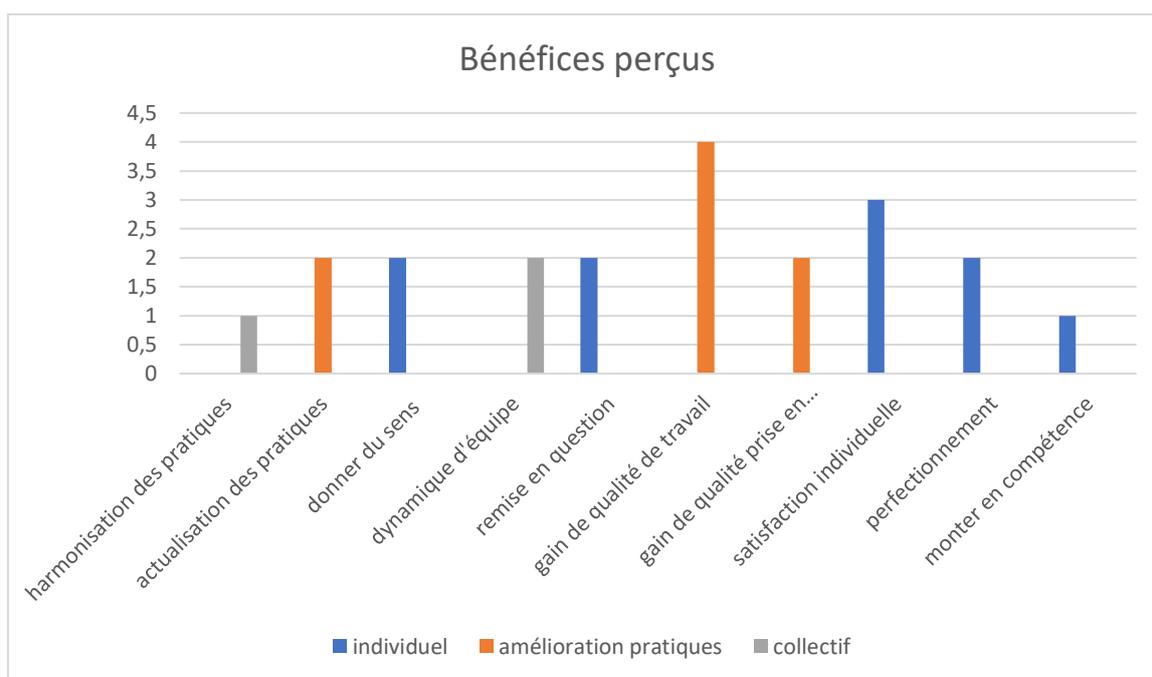


Figure 6 Bénéfices perçus à la participation à l'innovation

Le bénéfice le plus représenté dans les réponses est le gain de qualité de travail (« *C'est pour être plus optimal pour le travail et pour le patient* » E1, L77 ; « *Essayer de travailler du mieux possible, essayer de ne jamais faire les choses par automatisme, de toujours avoir du recul et un questionnement sur ce que tu fais* » E6, L111-112). Ceci nous confirme l'idée que l'innovation sert une pratique de soins de qualité et, a fortiori, plus de sécurité pour les patients pris en charge. L'autre bénéfice le plus représenté est la satisfaction individuelle. Nous retrouvons ici la notion du sens au travail, décrite par Lorient.

### 3.2.2 Recherche infirmière

La recherche infirmière est abordée comme un thème à part entière mais il s'agit bien d'une expression de l'innovation.

Nous abordons la recherche infirmière dans ses trois dimensions, à savoir, la production, l'utilisation et la diffusion.

- Production

Concernant la production de recherche infirmière, aucune infirmière rencontrée ne réalise un formel travail de recherche, même si l'IBODE 2 a débuté un cycle de formation en ce sens (« *J'ai fait celle sur la recherche paramédicale, c'était très intéressant* » L170, à propos de la formation en recherche ; « *Je n'ai pas été dans la vraie recherche paramédicale avec la mise en place d'un protocole de recherche, l'écriture d'un article scientifique. Moi, je suis plus dans la recherche des bonnes pratiques qui existent.* » L175-178).

Les professionnelles rencontrées sont en temps plein sur les plateaux techniques et ne peuvent pas contribuer, ni par le temps, ni par la formation, à la production de recherches infirmières.

- Utilisation

L'utilisation des données de recherche passe par plusieurs moyens.

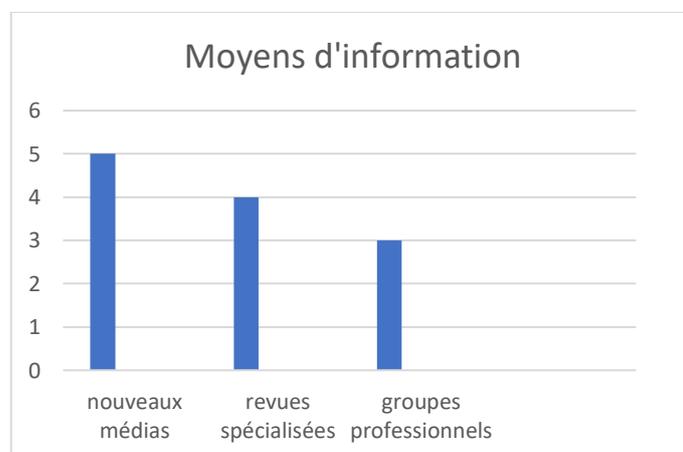


Figure 7 Moyens utilisés pour s'informer en matière de recherche infirmière

Sur les 6 IBODE rencontrées, 5 utilisent les nouveaux médias pour s'informer. Il s'agit d'internet (« *il m'arrive de regarder des articles sur internet* » E1, L44) ou de l'intranet de leur établissement (« *J'ai accès à l'interbloc sur l'intranet du CHU où tu peux trouver des travaux de recherche pour lire des articles de recherche* » E5, L88 ; « *je profite d'intranet qui me permet d'avoir des accès à science direct* » E2, L46). Et l'une d'entre elles utilise les réseaux sociaux : « *je suis sur Facebook le groupe « Nous IBODE », je fais également partie de groupes Whatsapp de la profession et de la SoferIBO* » (E3, L43-44).

Concernant les revues spécialisées, près de 67 % des IBODE rencontrées se tiennent informées grâce à des revues spécialisées (« *En urologie, il y avait un magazine spécialisé que je lisais et auquel j'étais abonnée pour me tenir informée* » E1, L40-41 ; « *J'ai un abonnement à Interbloc* » E2, L44 ;

*« je suis abonnée à Inter bloc. Donc je les lis quand je les lis, mais je suis abonnée à cette revue que je trouve très intéressante » E4, L70-71).*

Enfin, des associations ou ordres professionnels sont évoqués pour 50 % d'entre elles. L'ordre National infirmier envoie des actualités axées sur la profession (*« Tu peux t'intéresser vraiment au statut de l'infirmier en général et dans ce cas-là, je reçois des nouvelles via l'ordre infirmier. Je regarde, je m'y intéresse. »* E6, L61-63). La cinquième IBODE rencontrée est en lien étroit avec la Soferibo (*« Et je travaille en partenariat avec la Soferibo. Je sais quels travaux sont menés actuellement et les axes des travaux du moment. »* E5, L88-90), mais ça représente un cas un peu particulier car cette IBODE est très investie dans l'UNAIBODE et c'est par ce biais qu'elle a accès à ces ressources. L'UNAIBODE justement, est un moyen d'informations pour un tiers des personnes rencontrées (*« dans mon équipe on est très très bien informés parce que deux membres de l'équipe font partie de l'UNAIBODE. Donc, elles nous apportent tout ce que l'UNAIBODE crée et ça nous permet de se mettre à jour sur ce qui se fait ce qui se dit. »* E4, L71-74 ; *« Si je n'étais pas dans cette association, je n'aurais pas cet axe de recherche. Cela me facilite cette démarche car je baigne dedans, l'info vient directement à moi, je ne me force pas. »* E5, L91-92).

La polymorphie des moyens d'accès à des résultats traduit un dynamisme certain en la matière. En revanche, il n'est pas vraiment possible de savoir précisément si sur des sources comme internet, les IBODE lisent des résultats de recherches paramédicales précisément ou une actualité scientifique en général, en lien avec le bloc opératoire ou leur spécialité.

- Diffusion

Concernant la diffusion, deux IBODES (soit un tiers) participent à des congrès en tant qu'intervenante pour présenter les résultats de leur travail. L'IBODE n°1 nous dit : *« j'ai pu, dans la dynamique d'équipe, traiter des sujets en particulier et après les retranscrire et les présenter même lors de congrès »* (L52-53). L'IBODE n°2 nous apprend entre les lignes 146 et 150 : *« Mes travaux de recherche ont donné des cours que je donne sur les formations continues dispensées à l'hôpital. Je fais partie des formateurs et un sujet de questionnement que j'avais eu en bloc opératoire, qui a fait l'objet d'une recherche de ma part a ensuite donné lieu à une présentation aux journées nationales et maintenant fait l'objet d'un cours. »*. Cette dernière citation nous permet aussi de souligner l'activité de formatrice de cette IBODE. En recontextualisant avec l'entretien mené auprès de cette personne, il apparaît qu'être formateur représente à ses yeux un enjeu de légitimité pour la profession : *« dans la profession, il manque cette centralisation des bonnes pratiques, des recherches. Mais on le voit à l'école d'IBODE. De plus en plus d'IBODE viennent faire cours. Longtemps nous avons eu des techniciens de labos alors que nous pouvons nous approprier les cours, les techniques opératoires et venir enseigner dans nos écoles, comme dans toutes les autres professions. »* (L109-113). Ce dernier élément nous permet de conclure que la diffusion de travaux

de recherche infirmières par et pour des infirmières constitue pour cette IBODE un enjeu de reconnaissance. Mais il s'agit d'un axe de la recherche infirmière qui est peu mis en avant dans les réponses aux entretiens.

### 3.2.3 Thème reconnaissance professionnelle

- Représentations

Sur la question de la définition de la reconnaissance professionnelle, une grande variété de réponses est donnée par les personnes rencontrées. Afin d'augmenter la lisibilité de l'analyse, nous regroupons les réponses par rapprochement.

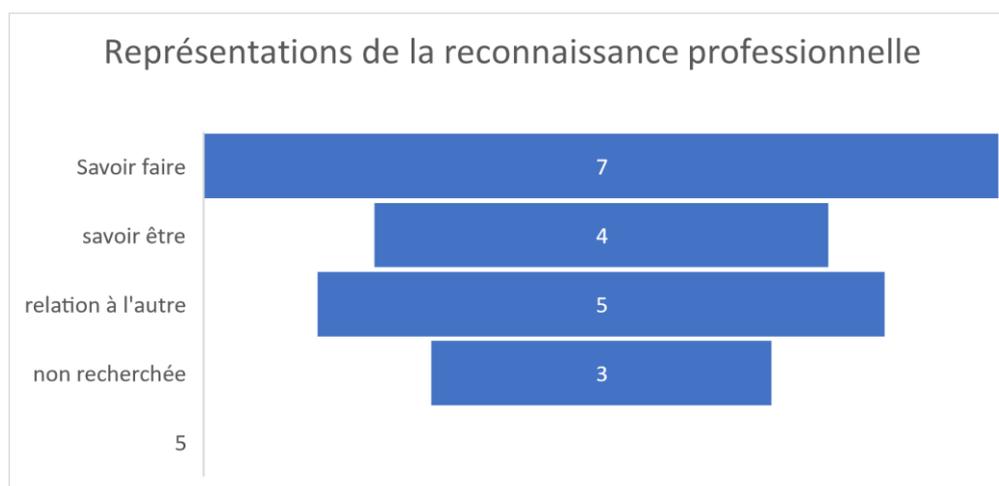


Figure 8 Comment définissez-vous la reconnaissance professionnelle ?

Ainsi, la reconnaissance qui porte sur le savoir-faire est en réalité citée comme suit : « C'est de la reconnaissance pour la qualité de ton travail » E2 L74, « ça peut être aussi une reconnaissance vis à vis de ton travail » E6 L137, « c'est surtout les efforts que l'on fait et le fait que les gens apprécient ce qu'on peut faire avec eux, et les résultats aussi car ils en découlent » E3 L55-56. Le savoir-faire dans les réponses des IBODE regroupe la qualité du travail, les efforts et les résultats. Ce que nous avons regroupé sous l'intitulé de savoir être au travail, est constitué de l'investissement (« il peut y avoir une reconnaissance au niveau de ton investissement » E6 L135, « Je souhaite qu'elle continue à être aussi impliquée » E7 L131), de l'envie de bien faire (« Moi ce que je souhaite, c'est faire mon travail le mieux possible. Alors après, s'il y a de la reconnaissance, c'est super » E6 L 153), la façon de porter les connaissances (« les connaissances et comment tu les portes » E4 L 142).

Il nous semble primordial au regard du concept de souligner la notion d'interaction humaine, de réciprocité dans la reconnaissance. Pour reconnaître il faut un autre. Un tiers des IBODE interrogées définit comme caractéristique de la reconnaissance, une bilatéralité, un feedback entre le tiers reconnaissant et le reconnu (« je pense que la reconnaissance professionnelle elle est bilatérale. Elle est à la fois de soi envers soi-même mais il faut qu'en face on ait un retour, un feedback » E1 L87-

88 ; « *tu as un retour sur le travail que tu as fait* » E6 L135). Puisque selon Honneth, l'identité d'un individu se construit de manière intersubjective et dialogique et en particulier grâce à la reconnaissance de l'autre, nous voyons ici que cette notion est perçue par les personnes citées et s'applique à l'identité professionnelle également. De plus, Fichte voit en la reconnaissance un rapport simultané à soi et à l'autre. Et c'est bien cette bilatéralité, ce va et vient entre soi et autrui qui est décrit par certaines des personnes rencontrées pour notre enquête.

Un autre tiers des IBODE justement, appui cette notion indirectement, en précisant que la reconnaissance passe par une connaissance réciproque et par les interactions sociales. Ainsi, la relation humaine doit exister avant que ne s'exprime la reconnaissance. L'IBODE n° 5 précise : « *Tu as beau être IBODE, si tu viens d'arriver, ça va être un frein à ta reconnaissance. Il y a besoin de se connaître, qu'il y ait les interactions sociales, d'avoir confiance dans la personne en face* » (L185-187) et de la même façon, la Cadre de santé n°2 définit la reconnaissance « *par la confiance, par la discussion* » (E8, L179).

Rappelons que Descartes définit que « [...] *Reconnaître, c'est vraiment connaître ce que l'on connaît, mais dont on doutait qu'il fut vraiment connu* » (cité par Lazzeri & Caillé, 2010, p 89). Cette notion qui semble fondamentale ou élémentaire lors de l'étude de ce concept, n'est pourtant cité que par une seule personne interrogée. « *Pour qu'il y ait reconnaissance professionnelle, il faut qu'il y ait connaissance du travail effectué. [...] Je pense qu'on ne peut pas parler de reconnaissance professionnelle si on n'a pas connaissance de la pratique effectuée* » E6, L118-120.

Cet autrui qui reconnaît, est facilement et homogènement désigné par les personnes rencontrées. Si le chirurgien remporte une presque totalité des réponses, l'ensemble de l'équipe s'entend comme regroupant aussi bien les médecins que les pairs, les cadres et les autres professionnels collaborant au bloc opératoire.

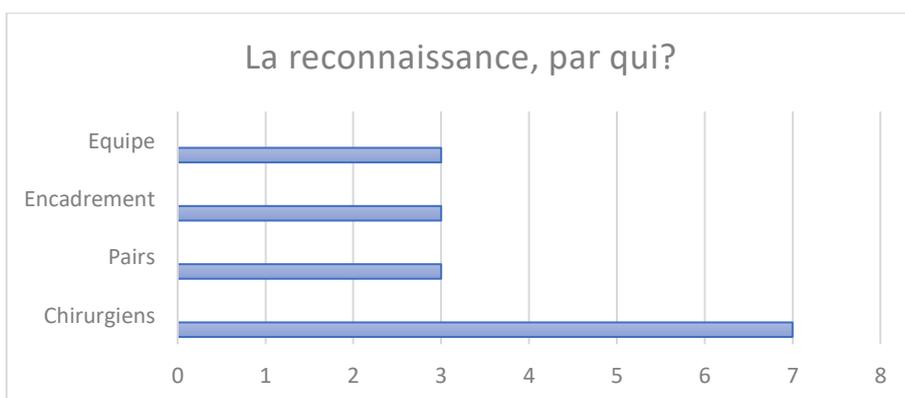


Figure 9 Autrui reconnaissant les IBODE

Dans son article *Sens et reconnaissance dans le travail*, Lorient explique « *c'est d'abord de leurs collègues que beaucoup de salariés attendent la reconnaissance de leur capacité à faire un « beau travail ». En effet, ceux qui font le même métier sont les mieux placés pour en connaître les difficultés, pour apprécier le savoir-faire et la créativité mis en œuvre* » (2011, p.7). Nous constatons en effet que les collègues sont plusieurs fois cités. De plus, cet extrait de Lorient, évoque directement la réponse de l'IBODE n°6 : « *pour qu'il y ait reconnaissance professionnelle, il faut qu'il y ait connaissance du travail effectué. Et qu'il y ait une reconnaissance de la qualité du travail. Je pense qu'on ne peut pas parler de reconnaissance professionnelle si on n'a pas connaissance de la pratique effectuée* » (L118-120). Lorient pointe aussi les cadres et la hiérarchie comme acteurs importants de la reconnaissance et du sens au travail lorsque cette même reconnaissance peut faire défaut entre collègues (2011, p.10). Cette idée est traduite dans les réponses données lors des entretiens puisqu'au-delà de l'équipe en général -dans laquelle apparaît aussi le cadre- ce même cadre est nommé par la moitié des IBODE rencontrées.

Puisque notre enquête se porte sur le milieu professionnel, nous allons confronter les résultats des entretiens aux quatre dimensions de la reconnaissance professionnelle décrites par BRUN.

**Dimension de la Objet Occurrences Manifestations Occurrences reconnaissance**

<i>Dimension</i>	<i>Objet</i>	<i>Occurrences</i>	<i>Manifestations</i>	<i>Occurrences</i>
<i>Existentielle</i>	L'individu	0	Salutations, Consultations	4
<i>Comportementale</i>	Résultats	2	Concrètes : primes...	2
<i>Subjective</i>	Efforts, investissements	7	Remerciements, gages de confiance	13
<i>Ethique</i>	Compétences, soucis portés aux autres...	2	Valorisation d'aptitudes cachées	0

La lecture des résultats à travers ce prisme nous éclaire pour l'analyse des réponses.

La dimension la plus évoquée est largement la dimension subjective, tant par son objet (« *Ca va être les efforts mis en place, l'investissement, et l'envie de bien faire son travail* » E6, L126-127 ; « *c'est surtout les efforts que l'on fait et le fait que les gens apprécient ce qu'on peut faire avec eux* » E3, L55-56) que par les manifestations de cette reconnaissance (« *C'est parfois dans les mots aussi. Ça*

*peut être des compliments dans le travail » E2, L 85-86 ; « Déjà par les remerciements, et par les gages de confiance également » E3, L69 ; « Tu peux avoir des mots ou des phrases gentilles, qui t'amènent à te dire « Ah bah oui aujourd'hui, j'ai bien bossé. » » E6, L 133-134)*

Les IBODE ne décrivent pas la dimension existentielle dans leurs représentations de la reconnaissance. En revanche les manifestations de cette dimension sont évoquées à 4 reprises et principalement par l'aspect consultatif ( « *mais je dirais quand on entend ta parole, qu'on donne de la crédibilité à ta voix* » E2, L 73-74 ; « *Après la reconnaissance professionnelle ça peut être qu'on te demande ton avis quand il y a une recherche de consensus, une problématique autour d'un patient, qu'on se dise « tiens je vais te donner la parole ton avis m'intéresse, parce que peut être ton avis va influencer sur la décision finale* ». » E6, L122-125).

La dimension comportementale, bien que moins prévalente dans les réponses, est tout de même présente. Mais il faut noter que les deux occurrences en lien avec les manifestations concrètes, à savoir la valorisation de l'agent par la note annuelle (« *Donc la reconnaissance elle passe comme ça, par la note* » l 181) et l'aménagement favorable de planning (« *Je les valorise après comme je peux, au quotidien, dans les plannings* » L189) sont évoquées par la même personne, la seconde cadre de santé (E8).

Enfin, concernant la dimension éthique, c'est à dire la façon dont un agent se comporte avec autrui, l'expression de compétences non requises dans son travail est présente dans les réponses mais peu. Les manifestations de cette dimension, qui correspondent à la valorisation de ses aptitudes ne sont, par contre, pas du tout évoquées. Nous pouvons en conclure que cette dimension semble présente à certains esprits mais qu'elle n'est pas reconnue.

La qualité du travail (« *C'est de la reconnaissance pour la qualité de ton travail* » E2, L74) apparaît dans les réponses de 4 entretiens. C'est suffisamment prévalent pour revêtir une importance. Cependant, cela nous apparaît être une notion trop « générale » pour appartenir à l'une des dimensions décrites par BRUN. La qualité du travail, qu'est-ce que cela signifie ? Ca prend en compte les efforts ou seulement les résultats ? et qu'en est-il du savoir-être et du savoir-faire ?

- Dénier de reconnaissance

Seules 4 personnes apportent des éléments de réponse autour du déni de reconnaissance et ces dernières ne présentent pas d'homogénéité à prime abord.

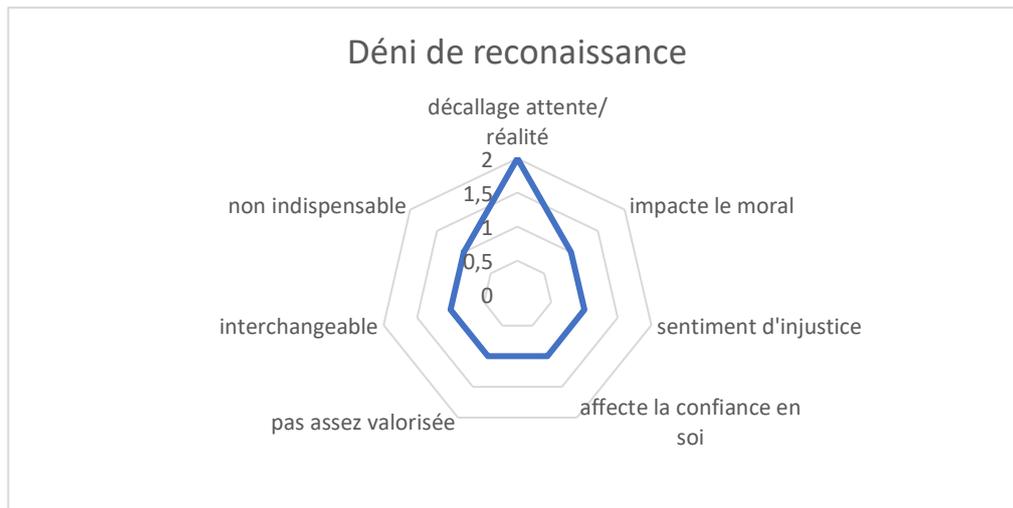


Figure 10 Représentations du déni de reconnaissance

Emmanuel Renault classe les dénis de reconnaissance selon trois types. L'invisibilité, ou absence totale de reconnaissance n'est représentée dans aucune réponse. La reconnaissance dépréciative, n'est représentée que dans une occurrence (« *On doit valoriser ces agents là, mais malheureusement on ne peut pas les valoriser suffisamment.* » E7, L116-117). La dernière forme décrite par Renault est la méconnaissance. Celle-ci est le résultat d'un décalage entre la reconnaissance espérée et celle reçue. L'expression de l'IBODE n° 5 « *on sera reconnue le jour ou dans tous les blocs opératoires les chirurgiens diront « je n'ai pas d'IBODE je ne peux pas bosser »* (L125-12 »7), ou encore « *Aujourd'hui « je n'ai pas d'Ibode, ce n'est pas grave, je fais monter une IDE de vasculaire », mais nous ne sommes pas interchangeables* » (L125-127) rentre dans la classification du décalage entre attentes et réalités. Ainsi, ce décalage est le plus représentatif des dénis de reconnaissance sur notre échantillon puisqu'il est évoqué quatre fois, par trois IBODE différentes (« *lorsque tu penses que tu as bien fait ton travail et que le chirurgien te fait une réflexion, ça va être plus difficile à accepter* » E1, L85-86 ; « *Mais est-ce qu'elles se sentent valorisées à leur juste valeur, à la hauteur de leurs espérances ? je n'en suis pas certaine* » E7, L144-145).

Les autres réponses à cette thématique - « *c'est là justement que tu peux être en baisse de forme* » (E1, L104), « *Tu as envie de baisser les bras, tu as un sentiment d'injustice* » E1, L112 - concernent d'avantage le champ de la conséquence du déni à l'échelle individuelle. Puisque la reconnaissance apporte à l'individu des pierres angulaires dans les fondements de son identité, le déni de reconnaissance va également impacter cette perception de lui-même du même individu.

Il est intéressant de noter qu'une personne définit la représentation de la reconnaissance par son absence. La reconnaissance « *serait être reconnue comme indispensable* » (E5, L133). Utiliser le

conditionnel et ainsi définir une notion par son absence n'exprime-t-il pas l'expression d'un besoin de reconnaissance non assouvi ?

- Bénéfices perçus

Les conséquences positives qui entourent la reconnaissance professionnelle sont assez nombreuses et traduisent bien ce qui a été développé dans notre cadre théorique.

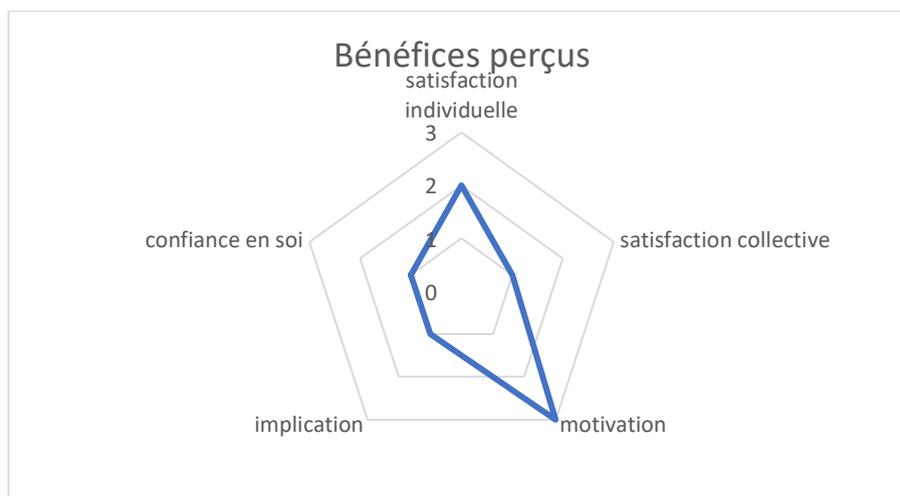


Figure 11 La reconnaissance professionnelle : quels bénéfices perçus ?

Le fait que la moitié des IBODE interrogée ne considère pas avoir besoin de la reconnaissance professionnelle ni la rechercher (« Pour moi c'est suffisant à être satisfaite, sans qu'on me le verbalise en me félicitant pour mes efforts par exemple » E1, L94 ; « Je suis sensible à mon propre jugement et du coup je suis très peu à la recherche de cette valorisation auprès des autres » E2, L87-88) interroge. Peut-on mettre ces éléments en lien avec les conditions pour qu'un déni de reconnaissance agisse, développées par Lazerri et Caillé ? En effet, ces auteurs décrivent comme condition la connaissance antérieure de la reconnaissance, le socle culturel commun de l'individu et de celui qui ne le reconnaît pas et enfin l'existence d'un noyau important et reconnaissant autour de l'individu au-delà du cadre professionnel.

Cet élément peut aussi trouver une explication dans l'idée défendue par Rawls que plus un individu est talentueux, plus le talent qu'il exerce est complexe, plus ce même individu en retire de la satisfaction. Puisque ce qui importe le plus à leurs yeux est leur propre satisfaction du travail accompli, les 3 IBODE concernées sont-elles dans cette configuration ?

- Corrélation entre la reconnaissance professionnelle et l'investissement dans une démarche d'innovation

Toutes les personnes interrogées, sans exception, perçoivent un lien entre la reconnaissance reçue d'une part et leur investissement dans la démarche d'innovation (« *J'étais plus reconnue professionnellement parce que les gens ont plus confiance, parce que tu as fait des formations, des diplômes, donc oui tu es plus reconnu oui.* » E1, L132-133 ; « *Au-delà de la reconnaissance professionnelle d'un individu, cela valorise l'ensemble de la profession dans le sens où nous ne sommes pas une profession d'exécutants. Nous sommes une profession qui crée du contenu, qui apporte de la connaissance* » E2, L100-102)). Deux d'entre elles précisent que ça ne fait pas tout (« *Oui ça peut participer à la reconnaissance, mais ce n'est pas la majeure partie pour moi* » E3, L 80) mais puisque la question formulée pendant les entretiens portait l'accent sur le fait que cela puisse *participer* à la reconnaissance, nous ne cherchions pas à savoir s'il s'agissait du seul facteur rentrant en compte dans la reconnaissance.

L'analyse de nos entretiens ne pouvant être exhaustive, nous procédons à une sélection de ce qui semble le plus pertinent. Malgré un échantillon mince de personnes rencontrées, les conclusions qui émergent de ce travail aurait pu être plus nombreuses.

#### 4 SYNTHÈSE DES RESULTATS

La totalité des personnes rencontrées participe à l'innovation. Cette participation résulte surtout d'une attitude professionnelle, d'un profil, intéressé par l'amélioration -des pratiques ou des connaissances- et dont le but est la prise en charge optimale du patient par une qualité de travail augmentée. La participation à l'innovation passe par la collaboration avec les laboratoires, la participation aux congrès, le suivi des grandes instances et la formation continue. Sans être exhaustive, cette liste représente les moyens prévalents utilisés par les professionnelles interrogées pour remettre en question leurs pratiques et se maintenir à un haut niveau dans un environnement professionnel en constante évolution.

La recherche infirmière n'est pas un moyen répandu de participer à l'innovation. La culture professionnelle est souvent mise en cause. La recherche serait plutôt affaire de médecins. Peu d'infirmières utilisent avec certitudes des données de recherche issues du paramédical et la diffusion reste confidentielle.

La moitié des IBODE de notre enquête ne recherche pas la reconnaissance professionnelle. En revanche, toutes les personnes rencontrées considèrent que leur investissement dans la démarche

d'innovation contribue à la reconnaissance dont elles bénéficient professionnellement. De la même manière, les deux cadres de santé rencontrés confirment que l'investissement de certains agents de leur équipe dans la démarche d'innovation influence la façon dont ces cadres les reconnaissent.

**L'IBODE gagne en reconnaissance professionnelle par sa participation à l'innovation via la recherche infirmière.** Il nous est possible de valider partiellement cette hypothèse.

La participation à l'innovation est unanimement identifiée comme élément participant à la reconnaissance professionnelle. Mais la recherche infirmière -production, utilisation ou diffusion- n'est pas une pratique suffisamment répandue auprès de l'échantillon pour pouvoir confirmer cet élément de l'hypothèse.

## LES LIMITES DU TRAVAIL D'INTERET PROFESSIONNEL

Lors de l'élaboration du cadre conceptuel, nous sommes confrontée à la difficulté de traiter deux concepts dont les apports bibliographiques sont inégaux. Le concept d'innovation est très représenté dans le domaine de l'entreprise ou du management mais peu appliqué au domaine infirmier. Nous nous remettons également en question sur le choix des concepts. L'implication, la dynamique du groupe ou encore la gestion du temps sont autant de concepts qui peuvent apporter un éclairage différent mais pertinent au regard du sujet.

Lorsque nous menons les entretiens, certaines questions ne sont pas comprises malgré une reformulation de notre part. Nous avons parfois le sentiment de ne pas savoir nous faire entendre de certaines personnes rencontrées.

Nous réalisons, lors de l'analyse, qu'il aurait été judicieux de demander aux IBODE comment elles reconnaissent autrui, quelles formes et quelles manifestations cela prend. Cela nous aurait permis d'enrichir l'analyse et de mettre en abyme ce concept qui, justement, se base sur une bilatéralité du rapport humain. De la même façon, c'est pendant l'analyse que nous remarquons notre manquement à faire préciser des détails aux participantes, par exemple, sur la notion de qualité du travail.

La crise sanitaire liée à la Covid 19 complique la réalisation de ce travail. La suspension de la formation d'IBODE pendant 8 semaines et le couvre-feu sont des mesures liées à cette crise qui ne nous permettent pas de mener notre enquête dans les meilleures conditions.

## PISTES POUR L'ACTION EN TANT QU'IBODE

Ce travail nous sensibilise aux leviers et aux freins à la participation à l'innovation et à la recherche.

- La dynamique d'équipe participe à une émulation qu'il peut y avoir autour de l'innovation. Il me semble que la dynamique est la résultante de la somme de chaque agent. En nous positionnant, en étant force de proposition dans des démarches participant à l'innovation, nous pensons, au-delà de notre bénéfice personnel, pouvoir initier ou renforcer une dynamique d'équipe dans ce sens.

La diffusion auprès de nos pairs de lectures professionnelles, de formations continues ect jouera aussi dans ce sens.

- Le temps hors salle est ce qui fait le plus défaut au sein des équipes. L'anticipation des temps « morts » au bloc opératoire et la planification d'aménagement de ces temps pour les mettre à profit - l'écriture de protocoles, l'analyse de pratiques en équipes par exemple – peut être soumis à l'encadrement.
- L'adhésion à une association professionnelle facilite l'accès aux informations en termes de recherche et de nouveautés au regard de notre profession.
- Une meilleure connaissance des accès bibliographiques et documentaires permis par l'établissement dans lequel nous travaillons nous permet de mieux nous documenter et de nous tenir informée de l'actualité.

Nous réalisons également les bénéfices de la reconnaissance pour un individu mais également pour une équipe.

Aussi, bien que nous ne puissions agir que sur certaines manifestations de la reconnaissance, nous pensons dorénavant être plus vigilante à verbaliser ma satisfaction auprès de nos pairs ou des autres professionnels pour la qualité du travail en collaboration ou délégué.

## CONCLUSION

Les IBODE baignent dans un environnement en constante évolution. Elles remettent en question leurs pratiques, ont une appétence pour les nouvelles connaissances et savent se positionner comme actrice de l'innovation. Autant d'éléments qui jouent sur la reconnaissance professionnelle dont elles bénéficient. En revanche, la recherche infirmière n'est que très peu plébiscitée pour parvenir à s'inscrire dans cette démarche innovante.

Utiliser une méthode hypothético-déductive nous permet de recontextualiser une réflexion personnelle, basée sur notre vécu, dans un cadre théorique aussi riche que varié. Mettre à l'épreuve ce raisonnement par une enquête de terrain -et une analyse la plus objective et méthodique possible- permet de mettre en perspective un champ des possibles riche quant à l'exploitation du raisonnement personnel et professionnel des IBODE.

Pour aller plus loin dans ce travail, il serait intéressant de comprendre pourquoi la culture professionnelle ancre dans les esprits une dimension principalement médicale de la recherche. Une autre piste à suivre serait de déterminer les moyens favorisant, si ce n'est la production, l'utilisation et la diffusion de la recherche infirmière, à échelle micro et macroscopique.

Améliorer l'usage de la recherche par des travaux sur le sujet de la recherche serait peut-être une solution à explorer...

## BIBLIOGRAPHIE

- **Ouvrages**

- Duley, P. (2012). *La vraie histoire des infirmières*. Chronique.
- Guéguen, H. et Malochet, G. (2014). *Les théories de la reconnaissance*. La découverte.
- Michaux, L. (2013). *Le soignant chercheur : pour une recherche humaine en soins*. Seli arlin.
- Poisson, M. (1998). *Origines républicaines d'un modèle infirmier*. Éditions hospitalières.

- **Articles**

- Boussard, JM. et Hilaire, JC. (2016). Recherche paramédicale, un long chemin vers l'autonomie, *La revue de l'infirmière*, vol 65, n°225 ,37-40.
- Butet, S. (2010). L'infirmier de bloc opératoire au fil du temps, *Interbloc*, Tome XXIX, n°4, 242-247.
- Debout, C. (2018). L'intégration d'infirmières de pratique avancée dans les services d'urgences, *Soins*, vol 63, n°825, 38-43.
- Debout, C. (2019). Evaluer la contribution de l'infirmier en pratique avancée, *Soins*, vol 64, n° 835, 46-51.
- Dortier, J-F. (2015). L'innovation, un nouveau mythe de création ? , *Les grands dossier des sciences humaines*, n°38, 6-8.
- Dortier, J-F. (2015). Les bouillons de culture, *Les grands dossiers des sciences humaines*, N°38, 11-13.
- Dortier, J-F. (2015). Les petits rien qui changent tout, *Les grands dossiers des sciences humaines*, N°38, 9-10.
- Jovic, L. (2019). Innovation, originalité et prospective, *Recherche en soins infirmiers*, n°138, 5-6.
- Laurens, C. (2020). L'initiation à la recherche auprès des étudiants en soins infirmiers. *Objectif Soins et Management*. N°273, 46-52.
- Lazzeri, C. et Caillé, A. (2004). La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept, *Revue du MAUSS*, n°23, 88-115.
- Peoh'c, N. et Ceaux, C. (2011). Les infirmiers et la recherche en soins, *La revue de l'infirmière*, vol 60, 33-34.

- Tournay, V. (2015). L'homme de demain vaudra-t-il trois milliards ? , *Les grands dossiers des sciences humaines*, n°38, 46-49.

- **Publications gouvernementales ou organisationnelles**

- Benomar, N., Castonguay, J., Jobin, M-H. et Lesperance, F. (2016). Catalyseurs et freins à l'innovation en santé au Québec, rapport d'étape, Pôle santé HEC Montréal, Cyrano.

- **Textes législatifs**

- Article L473 du Code de la santé publique, Conditions auxquelles est subordonné l'exercice de la profession. Repéré à l'URL : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006693243/1953-10-07/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006693243/1953-10-07/)
- Décret du 27 juin 1922 PORTANT INSTITUTION DU BREVET DE CAPACITE D'INFIRMIERES PROFESSIONNELLES. Repéré à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000303738>
- Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Repéré à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000868837/>
- Décret n°2001-928 du 4 octobre 2001 modifiant le décret n° 71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire. Repéré à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005631549/>
- Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire. Repéré à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030158146/>
- Décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire. Repéré à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038704544>
- Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques. Repéré à l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039296788/>
- Arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme

- d'Etat d'infirmier de bloc opératoire. Repéré à l'URL :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033674934/>
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). Repéré à l'URL :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
  - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Repéré à l'URL : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913702](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913702)

- **Sitographie**

- Centre national de ressources textuelles et lexicales : définition d'innovation  
<https://www.cnrtl.fr/lexicographie/innovation>
- CNU, paragraphe Accueil. Repéré à <https://www.conseil-national-des-universites.fr/cnu/#/> le 18/03/2020
- Encyclopédie Universalis. Définition de reconnaissance. Repéré à l'URL  
<https://www.universalis.fr/dictionnaire/reconnaissance/>
- Gagnon, M-P., Breton, E., Paré, G., Courcy, F., Côté, J., Trépanier, A., et Fortin, J-P. (2013). L'influence des technologies de l'information et des communications sur le maintien en poste des infirmières, Santé Publique, vol 25, 305-313. Repéré à l'URL  
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-305.htm>
- Jovic, L. (2015). L'association de recherche en soins infirmiers : une histoire de concours de circonstances, un axe fort et des rencontres. Repéré à l'URL  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-2-page-5.htm>
- Les programmes financés par le ministère et leurs appels à projet. Repéré à l'URL  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/programmes-recherche>
- Qui sommes-nous?, repéré à <https://www.unaIBODE.fr/unaIBODE/qui-sommes-nous/>
- Repéré à l'URL <http://www.fabriquedesens.net/Theorie-de-la-reconnaissance-avec>
- Repéré à l'URL <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/161214-les-actes-exclusifs-des-ibode-reconnus-par-le-conseil-d-etat.html>
- Stuwe L., Parent M. et Louvet O. (2015). Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux, quels défis ?, Recherche en soins infirmiers, n° 121, 64-71. Repéré à l'URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-2-page-64.htm>

- Tanda-Soyer N., Eymard C. et Alderson M. (2014). État des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : recherche et professionnalisation, Recherche en soins infirmiers. n°116, 70-81. Repéré à l'URL :  
<https://www.cairn.info/journal-recherche-en-soins-infirmiers-2014-1-page-70.htm>
- Wilson K. et Butterworth T. (2000). Manuel d'initiation à la recherche en soins infirmiers et obstétricaux. Repéré à l'Url :  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/102322/E72236.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102322/E72236.pdf)
- Loriol. (2011). Sens et reconnaissance dans le travail. 11-13. Repéré à l'URL :  
[https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/650279/filename/sens\\_et\\_reconnaissance-3.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/650279/filename/sens_et_reconnaissance-3.pdf)

## **ANNEXES**

ANNEXE I : Trames d'entretiens semi directif

ANNEXE II : Grille d'analyse d'entretien

ANNEXE III : Entretien IBODE 6 et son analyse

ANNEXE IV : Grille analyse globale

ANNEXE V : Table des illustrations

# ANNEXE I

## ENTRETIEN SEMI DIRECTIF AUPRES D'IBODE

### **1. Quel est votre parcours professionnel en bloc opératoire ?**

Obj : cartographier les profils des personnes interrogées

Questions de relance :

- Depuis quand êtes-vous diplômé(e) ?
- Dans quelles spécialités avez-vous exercé ?

### **2. Que représente pour vous l'innovation ?**

### **3. De quelle manière participez-vous à l'innovation ?**

Obj : l'IBODE participe-t-elle à l'innovation ?

Questions de relance :

- Participez-vous à des congrès ?
- Bénéficiez-vous de formation professionnelle autour de pratiques émergentes ?
- Quels moyens utilisez-vous ?
- Avez-vous identifié des freins ?
- Participez-vous à l'élaboration de protocoles ? de projets faisant évoluer les pratiques quotidiennes ?

### **4. De quelle manière vous tenez-vous informé de l'actualité en matière de recherche infirmière ?**

Obj : l'IBODE participe-t-elle à la recherche infirmière ? (production, diffusion, utilisation)

Questions de relance :

- Quels moyens utilisez-vous ? ( lecture de revue, abonnement ARSI, soferibo...)
- Comment vous faites-vous le relai auprès de vos pairs ?
- Avez-vous identifié des freins ? (temps, maîtrise de l'anglais...)

- Avez-vous identifié des facteurs facilitants votre démarche ?
- Quels intérêts en tirez-vous ?

#### **5. Comment définiriez-vous la reconnaissance professionnelle ?**

Obj : Est-ce que l'IBODE se sent reconnu(e) ?

Questions de relance :

- Sentez-vous que vos efforts sont reconnus ?
- Sentez-vous que les résultats de votre travail sont reconnus ?
- Sentez-vous que vos attitudes professionnelles sont reconnues ?
- Vous sentez vous valorisé(e) en tant qu'individu ?
- Par qui ? dans quelles circonstances ?
- Quelle forme cette reconnaissance prend-t-elle ?
- Qu'est ce qui participe à cette reconnaissance ?

#### **6. Diriez-vous que votre participation à l'innovation et à la recherche favorise votre reconnaissance professionnelle ?**

Obj : Est-ce que l'IBODE identifie un lien entre sa participation à la recherche/ innovation comme élément contribuant à la reconnaissance ?

Questions de relance :

- Comment faites-vous ce lien recherche/reconnaissance ?
- Comment votre entourage professionnel perçoit-il votre implication dans la recherche/ Innovation ?

## ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AUPRES DE CADRES DE SANTE

### **1. Avez-vous connaissance d'IBODE dans vos équipes qui s'investissent dans l'innovation en général et la recherche en particulier ?**

#### Questions de relance :

- Quels moyens avez-vous pour favoriser ces initiatives ?
- Quelles limites identifiez-vous à une plus grande participation ?
- Quels éléments, selon vous, favorisent leur participation ?
- Dans quelles mesures le cadre de santé participe à ce dynamisme ?

### **2. Comment définiriez-vous la reconnaissance professionnelle ?**

#### Questions de relance :

- Le sentiment de reconnaissance professionnelle est-il partagé par la majorité des IBODE de votre équipe ? si non, pourquoi ?
- Par quels moyens exprimez-vous la récompense ?

### **3. De quelle manière l'investissement de ces IBODE dans la recherche/innovation joue sur la reconnaissance que vous leur manifestez ?**

# ANNEXE II

## Outil d'analyse d'entretien

Thèmes ciblés	Sous thèmes	Éléments de réponse
<b>Innovation</b>	Représentations	
	Moyens de participation	
	Freins	
	Bénéfices perçus	
	Facteurs favorisant la participation	
<b>Recherche infirmière</b>	Utilisation (moyens de s'informer)	
	Diffusion	
	Production	
<b>Reconnaissance professionnelle</b>	Représentations	
	Déni de reconnaissance	
	Manifestations	
	Bénéfices perçus	
	Corrélation implication dans l'innovation / reconnaissance professionnelle	

## **ANNEXE III**

Retranscription de l'entretien avec l'IBODE n°6  
et analyse de l'entretien

1 ***Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude je m'intéresse aux IBODE en bloc opératoire et à***  
2 ***leur rapport à l'innovation en général et la recherche infirmière en particulier. Quel est ton***  
3 ***parcours professionnel au bloc opératoire ?***

4 J'ai commencé dans une clinique privée, un peu par hasard et pas par choix, comme ça, parce qu'il y  
5 avait une place au bloc et que je ne voulais plus rester en service de réanimation. Dans le bloc de  
6 cette clinique, il y avait une activité pluridisciplinaire et j'étais essentiellement circulante. Après, je  
7 suis rentrée à l'hôpital en 2005, où j'ai fait l'essentiel de ma carrière en bloc. J'ai travaillé  
8 essentiellement en urologie pour tout ce qui est intervention programmée et j'ai toujours eu la chance  
9 d'avoir accès au bloc des urgences qui te permet de voir d'autres disciplines. Après j'ai fait l'école  
10 d'IBODE assez tardivement, j'en suis revenue il y a 2 ans et j'ai retrouvé ma place au bloc d'urologie.  
11 J'en suis contente même si je n'ai pas eu le choix. J'avais pensé peut-être postuler au bloc CCV mais  
12 j'avais quand même la crainte d'une certaine monotonie.

13 ***Que représente pour toi l'innovation dans le secteur du bloc opératoire ?***

14 C'est l'utilisation de nouvelles techniques. Ce sont des techniques qui vont englober tout ce qui est  
15 coelioscopie, l'arrivée de la 3D - qui a permis de faire d'énormes progrès pour tout ce qui est  
16 dissection -, je pense aussi à la robotique, qui a ouvert des portes incroyables en permettant d'aller  
17 disséquer de toute petite tumeur sur un rein très rapidement. Des choses qui étaient faites en chirurgie  
18 ouverte avant, avec un temps de clamage beaucoup plus long... enfin voilà. C'est aussi des  
19 techniques dont on va se servir, parce que là je n'ai parlé que des types de chirurgie, mais c'est aussi  
20 des avancées dans le matériel qu'on utilise. Alors, ça va être du matériel de suture, du matériel  
21 hémostatique ect

22 ***De quelle manière participes-tu à l'innovation ?***

23 Je participe à l'innovation parce que je vais m'intéresser au matériel que j'utilise. Pour les choses qui  
24 sont nouvelles, on a des formations. Et c'est important d'avoir des connaissances et de les utiliser à  
25 bon escient. Il ne faut pas faire les choses bêtement. Je ne sais pas si c'est qu'à l'hôpital, parce que  
26 maintenant je n'ai plus assez de recul, mais parfois, on a tendance à utiliser des nouveaux dispositifs,  
27 sans avoir eu de formation. Ca, ça peut être délicat. C'est notre rôle à nous d'imposer ça, de réclamer  
28 des formations. Tout ce qui est nouveau, tout ce qui est innovant, il faut savoir ce qu'on utilise et  
29 comment le faire.

30 ***C'est-à-dire que tu vas être force de proposition ou plutôt, en demande, pour obtenir des***  
31 ***formations professionnelles ?***

32 Exactement ! C'est important de ne pas se retrouver face à quelque chose de nouveau, alors je sais  
33 pas, je pense à une préparation, quelque chose de bien spécifique, d'une utilisation la plus efficace  
34 possible, sans parler pour autant du robot mais je pense que la formation, oui, c'est indispensable !

35 ***Ces formations que tu réclames, elles te sont accordées facilement par l'encadrement ?***

36 Oui en général, c'est assez facilité. Nous avons souvent les labos qui viennent à la demande. On est  
37 quand même dans une pratique encadrée je trouve. Après des fois, oui, sur des choses que tu utilises  
38 tu t'aperçois qu'il y a des choses qui ne fonctionnent pas bien et on peut refaire une demande pour  
39 avoir une nouvelle formation, une seconde formation. On t'envoie une personne du laboratoire qui  
40 connaît bien le matériel et qui va s'assurer avec toi de tes acquis, que tu ne fasses pas de bêtises, que  
41 tu connaisses bien la procédure. Mais de toute façon, je trouve que la majeure partie du temps, on a  
42 toujours quelqu'un qui vient nous présenter le matériel.

43 ***Au-delà de ce quotidien professionnel, est-ce que tu as l'occasion de participer à des congrès, de***  
44 ***participer à l'élaboration de protocoles et cetera ?***

45 Oui, la possibilité d'y participer, on l'a ! Après, il faut aussi s'investir et avoir envie de le faire.

46 ***Et alors toi, quels sont les facteurs favorisant ton investissement ?***

47 Le sujet déjà. Après, je vais m'investir dans quelque chose qui me semble intéressant à l'utilisation,  
48 qui va apporter quelque chose. Justement tu parlais d'innovation, et bien moi, quelque chose que je  
49 ne trouve pas utile, je vais pas tellement avoir envie de m'y investir. Par contre, nous on utilise le  
50 robot, je suis convaincue de l'utilité du robot par rapport à certaines chirurgies et je suis convaincue  
51 par le fait que ça fait gagner énormément de chance au patient, donc là évidemment si on me donne  
52 l'opportunité d'aller faire une formation, là je vais la faire ! Je vais m'y investir !

53 ***Est-ce que tu identifies des freins à ton investissement ?***

54 Peut-être le fait que mon investissement ne serve pas à grand-chose. Si ça n'apporte rien au quotidien,  
55 si ce n'est pas mis en pratique, ça ne va pas m'intéresser de m'y investir. Il faut que ce soit quelque  
56 chose de concret, quelque chose qui amène quelque chose. Si ça n'apporte rien, je ne vois pas l'intérêt.

57 ***Concernant la recherche infirmière, est-ce que tu te tiens informée de l'actualité ? Est-ce que tu y***  
58 ***participes, est-ce que tu l'utilises ?***

59 Tout dépend de si l'on parle de la recherche infirmière en général ou des infirmières vraiment qui  
60 travaillent en bloc opératoire. Parce que ça peut être vraiment de choses différentes. Tu peux  
61 t'intéresser vraiment au statut de l'infirmier en général et dans ce cas-là je reçois des nouvelles via  
62 l'ordre infirmier. Je regarde, je m'y intéresse. Ca, c'est une chose.

63 Et après, tu peux t'investir dans la fonction d'infirmière de bloc qui est quand même vraiment à part.  
64 et oui, effectivement, je vais m'y intéresser.

65 ***De quelle manière tu t'y intéresses ? quels biais utilise-tu ?***

66 Déjà, la première des choses, c'est que ça prend du temps ! Ça prend du temps, pour que les bonnes  
67 pratiques soient faites correctement. Je pense par exemple aux bonnes pratiques en matière d'hygiène.  
68 Je pense qu'il y a vraiment plein de fois où tu es amené à remettre dans le droit chemin. Je pense  
69 aussi à un questionnement que j'ai eu il y a pas très longtemps : j'ai eu un problème avec un patient,  
70 alors je l'attendais au SAS d'accueil, et j'étais assise. Et tu entends, et tu écoutes, et tu vois comment  
71 ça gravite. C'est déjà des choses qui m'avait choqué auparavant virgule la façon dont les équipes  
72 amène la check list. Quand tu vois ça d'un regard extérieur, et bien moi j'aimerais pas qu'on me fasse  
73 ça. J'aimerais pas qu'on arrive à 10 sur moi, en me posant 50000 questions d'affilée, sans avoir le  
74 temps de respirer. Donc là pour moi, c'est un questionnement de pratique.

75 ***Donc, tu vas d'une part t'intéresser aux recommandations en termes de bonnes pratiques, mais***  
76 ***aussi t'interroger ainsi que ton entourage professionnel sur les pratiques quotidiennes ?***

77 Oui tout à fait. C'est se questionner toujours sur la façon dont on fait les choses et la façon dont tu  
78 amènes les choses au patient. Ca, je pense qu'il ne faut pas le perdre de vue, et la mise en place de  
79 protocole déjà existants, et veiller à leur bonne mise en place.

80 ***Donc tu t'appuies sur des sources déjà existantes ?***

81 Oui sur les choses qui sont déjà là. Et puis après, il y a aussi les études d'infirmière. Puisque moi j'ai  
82 des connaissances, il y a des choses que je sais, et que je peux appliquer dans mon travail au bloc.  
83 Donc il y a aussi toutes les connaissances acquises à l'école, qui sont mises en pratique, et du coup  
84 entraîne un questionnement quotidien. Je pense que c'est comme ça que tu peux bien bosser.

85 ***Est-ce que tu lis des revues infirmières, des articles de recherche, les actualités de la Soferibo?***

86 Non je vais juste m'arrêter au petit quotidien de l'ordre. Je vois ce qu'ils envoient, je lis les articles  
87 mais bon je me arrête là.

88 ***Parce que tu n'as pas l'opportunité de faire autre chose ?***

89 Non parce que je n'ai pas envie.

90 ***Pourquoi ?***

91 Alors ça peut quand même arriver de lire des choses sur des sujets bien ciblés. Par exemple des  
92 questions que j'ai eues dans la journée sur tel ou tel matériel ou telle ou telle technique. Voilà mais  
93 que sur des choses ciblées. Je ne me vois pas prendre un magazine et feuilleter. Ce que je lis dans les  
94 comptes-rendus du conseil de l'ordre me suffit. Peut-être parce qu'il y a ce truc de se dire « voilà j'ai  
95 fait ma journée de travail, ça serait bien que ça s'arrête ». J'aime bien voir d'autres choses, d'autres  
96 sujets que les sujets infirmiers.

97 ***Et si tu avais plus de temps sur ta journée de travail par exemple, est-ce que ça serait facilitant ?***

98 C'est sûr, parce que tu es dans le bain, tu es au travail. C'est sûr qu'avoir du temps pour ça, ça serait  
99 facilitant. Parce qu'il faut se rendre compte de quelque chose, c'est que quand tu rentres chez toi, ta  
100 priorité c'est la vie de famille. Donc moi je passe à autre chose. C'est sûr que ça faciliterait de le faire  
101 au travail parce que c'est LE lieu. Quoi qu'il arrive, c'est sûr que si on te donne plus de temps pour  
102 ce genre de chose, c'est du temps que tu vas investir. Ça se voit à l'heure actuelle, avec le Covid le  
103 rythme est un peu diminué, et on a pu s'investir sur plein de choses, parce qu'il y a des gens hors  
104 salle, alors qu'habituellement ce n'est jamais le cas. Donc chacune, un peu en fonction de leurs envies  
105 et de leurs affinités ou ce qui plaît, chacune va aller peaufiner ces éléments-là. Ce qu'on n'a pas le  
106 temps de faire habituellement, donc ça c'est certain que si tu es hors salle, ça t'ouvres plus de portes.  
107 Ca, c'est sûr.

108 ***Pour revenir sur ton observation des pratiques professionnelles et des questionnements que cela***  
109 ***suscite chez toi, quel intérêt tu trouves à ce raisonnement ?***

110 Essayer de travailler du mieux possible, essayer de ne jamais faire les choses par automatisme, de  
111 toujours avoir du recul et un questionnement sur ce que tu fais. Y'a des jours où tu peux, il y a des  
112 jours où c'est plus difficile. Mais il faut ne pas perdre à l'esprit que tu travailles dans un milieu  
113 médical, que ce n'est pas rien, tes gestes ont un vrai impact. Du coup, toi tu es responsable de la mise  
114 en place des bonnes pratiques, d'hygiène, de protocoles, de tout ce qui tourne autour de notre métier.

115 ***Comment définirais-tu la reconnaissance professionnelle ?***

116 D'une part, pour qu'il y ait reconnaissance professionnelle, il faut qu'il y ait connaissance du travail  
117 effectué. Et qu'il y ait une reconnaissance de la qualité du travail. Je pense qu'on ne peut pas parler  
118 de reconnaissance professionnelle si on n'a pas connaissance de la pratique effectuée. Donc il faut  
119 avoir conscience et connaissance du travail effectué et de sa qualité, c'est seulement là que tu peux  
120 parler de reconnaissance professionnelle.

121 ***Et tu penses que ça s'exprime comment ? Est-ce que ce sont les efforts de ton travail, son résultat,***  
122 ***ou bien les attitudes professionnelles ?***

123 Je pense que c'est un peu de tout ça. Donc ça va être la qualité de ta pratique quotidienne qui va être  
124 reconnue. Donc c'est un peu tout ce que tu as dit. Ca va être les efforts mis en place, l'investissement,  
125 et l'envie de bien faire son travail.

126 ***Dans quelles circonstances tu te sens reconnue et par qui ?***

127 Alors très franchement, pas souvent. C'est très compliqué, notamment à l'hôpital. Il y a certaines  
128 cadres qui vont réussir à te faire passer ça, qui vont te faire voir qu'il y a de la reconnaissance. Il y a  
129 certaines personnes qui arrivent, mais autrement je ne vois pas.

130 ***Et au niveau des chirurgiens ou de tes collègues ?***

131 Ah oui effectivement, je n'y avais pas pensé. Tu peux avoir des mots ou des phrases au gentilles, qui  
132 t'amènent à te dire « Ah bah oui aujourd'hui, j'ai bien bossé ». Parce que tu as un retour sur le travail  
133 que tu as fait. Oui effectivement, au niveau de l'équipe chirurgicale, il peut y avoir une reconnaissance  
134 au niveau de ton investissement et de la prise en charge de l'intervention. Et oui, oui ça peut être aussi  
135 une reconnaissance vis à vis de ton travail par tes collègues, au moment de la relève on sait que c'est  
136 carré, ou c'est bien fait, oui tout à fait. Mais alors à ce moment-là, je dirais que oui la reconnaissance  
137 elle est plus au niveau des chirurgiens ou de tes collègues, que au niveau de l'encadrement. Mais ça  
138 c'est très clair que la reconnaissance elle est plus avec les gens avec qui je partage le quotidien  
139 professionnel. Et là du coup, ça s'exprime plutôt par des phrases sympas. C'est impeccable, merci  
140 d'avoir tout prévu. Là par exemple, j'étais de nuit, j'ai tout préparé pour ma collègue du matin. Et elle  
141 m'a dit « voilà c'est sympa , c'est carré ». Ce genre de choses, je trouve que oui c'est la reconnaissance  
142 du travail

143 *Selon toi, est ce qu'il y a un lien entre cette reconnaissance professionnelle et ton investissement*  
144 *dans l'innovation ?*

145 Pour ma part, pas du tout. Je pense que mon ancienneté me permet de prendre du recul, que je ne  
146 suis pas dans une attente de reconnaissance, mais plutôt intéressée par moi, perfectionner mon travail  
147 pour moi, dans mon quotidien. Mais je pense, que je ne fais pas partie de la majorité. Je pense qu'une  
148 grande majorité a besoin de reconnaissance pour s'investir. Je pense que plus tu es jeune, plus c'est  
149 important. Moi, avec les années, avec la maturité, je n'attends rien, et je n'ai pas besoin de prouver  
150 ma valeur. C'est à moi que je prouve les choses. Moi ce que je souhaite, c'est faire mon travail le  
151 mieux possible. Alors après, s'il y a de la reconnaissance, c'est super, ça fait encore plus plaisir. Mais  
152 moi, je n'attends pas après ça. Après, peut être que mon investissement et ma curiosité joue sur la  
153 reconnaissance des chirurgiens pour moi, peut-être parce que c'est un tout et que ça montre ton  
154 implication. Ça montre ton amour pour ton travail et donc inévitablement ça peut avoir une influence  
155 c'est certain. Quand tu as quelqu'un qui s'intéresse au fonctionnement des choses, qui veut aller  
156 comprendre au bout des choses, je pense que oui, ça va influencer ton opinion et son travail à lui.  
157 Donc oui inévitablement ça va influencer.

## Analyse de l'entretien 6

Thèmes ciblés	Sous thèmes	Éléments de réponse
<b>Innovation</b>	Représentations	<p>L 14-16 « C'est l'utilisation de nouvelles techniques. Ce sont des techniques qui vont englober tout ce qui est coelioscopie, l'arrivée de la 3D [...] je pense aussi à la robotique »</p> <p>L 18-21 « C'est aussi des techniques dont on va se servir, parce que là je n'ai parlé que des types de chirurgie, mais c'est aussi des avancées dans le matériel qu'on utilise. Alors, ça va être du matériel de suture, du matériel hémostatique ect »</p>
	Moyens de participation	L 23-24 « Pour les choses qui sont nouvelles, on a des formations »
	Freins	<p>L 54-55 « le fait que mon investissement ne serve pas à grand-chose. Si ça n'apporte rien au quotidien, si ce n'est pas mis en pratique, ça ne va pas m'intéresser de m'y investir »</p> <p><u>Temps</u></p> <p>L 67 « la première des choses, c'est que ça prend du temps. Ça prend du temps, pour que les bonnes pratiques soient faites correctement »</p> <p>L 99-100 « C'est sûr qu'avoir du temps pour ça, ça serait facilitant »</p> <p>L 101-103 « C'est sûr que ça faciliterait de le faire au travail parce que c'est LE lieu. Quoi qu'il arrive, c'est sûr que si on te donne plus de temps pour ce genre de chose, c'est du temps que tu vas investir »</p> <p>L 103-105 « Ça se voit à l'heure actuelle, avec le covid le rythme est un peu diminué, et on a pu s'investir sur plein de choses, parce qu'il y a des gens hors salle, alors qu'habituellement ce n'est jamais le cas »</p>

	Bénéfice perçu	L 111-112 « Essayer de travailler du mieux possible, essayer de ne jamais faire les choses par automatisme, de toujours avoir du recul et un questionnement sur ce que tu fais » (à propos de questionner ses pratiques, réactualiser ses connaissances)
	Facteurs favorisant la participation	<p>L 23 « Je participe à l'innovation parce que je vais m'intéresser au matériel que j'utilise »</p> <p>L 27-29 « C'est notre rôle à nous d'imposer ça, de réclamer des formations. Tout ce qui est nouveau, tout ce qui est innovant, il faut savoir ce qu'on utilise et comment le faire. »</p> <p>L 34 « mais je pense que la formation, oui, c'est indispensable ! »</p> <p>L 36-37 « Oui en général, c'est assez facilité. Nous avons souvent les labos qui viennent à la demande. On est quand même dans une pratique encadrée je trouve » (à propos des formations)</p> <p>L 45 « la possibilité d'y participer, on l'a ! Après, il faut aussi s'investir et avoir envie de le faire. »</p> <p>L 47-48 « je vais m'investir dans quelque chose qui me semble intéressant à l'utilisation, qui va apporter quelque chose »</p> <p>L 78-79 « C'est se questionner toujours sur la façon dont on fait les choses et la façon dont tu amènes les choses au patient. »</p> <p>L 82-85 « Puisque moi j'ai des connaissances, il y a des choses que je sais, et que je peux appliquer dans mon travail au bloc. Donc il y a aussi toutes les connaissances acquises à l'école, qui sont mises en pratique, et du coup entraîne un questionnement quotidien. Je pense que c'est comme ça que tu peux bien bosser »</p> <p>L 107-108 « ça c'est certain que si tu es hors salle, ça t'ouvre plus de portes »</p>
	Utilisation (moyens de s'informer)	L 61-63 « Tu peux t'intéresser vraiment au statut de l'infirmier en général et dans ce

<b>Recherche infirmière</b>		<p>cas-là je reçois des nouvelles via l'ordre infirmier. Je regarde, je m'y intéresse. »</p> <p>L 92-93 « Alors ça peut quand même arriver de lire des choses sur des sujets bien ciblés. Par exemple des questions que j'ai eues dans la journée sur tel ou tel matériel ou telle ou telle technique »</p> <p>L 94-95 « Je ne me vois pas prendre un magazine et feuilleter. Ce que je lis dans les comptes-rendus du conseil de l'ordre me suffit »</p>
	Diffusion	
	Production	
<b>Reconnaissance professionnelle</b>	Représentations	<p>L 118-120 « pour qu'il y ait reconnaissance professionnelle, il faut qu'il y ait connaissance du travail effectué. Et qu'il y ait une reconnaissance de la qualité du travail. Je pense qu'on ne peut pas parler de reconnaissance professionnelle si on n'a pas connaissance de la pratique effectuée »</p> <p>L 120-122 « Donc il faut avoir conscience et connaissance du travail effectué et de sa qualité, c'est seulement là que tu peux parler de reconnaissance professionnelle. »</p> <p>L 126 -127 « Ca va être les efforts mis en place, l'investissement, et l'envie de bien faire son travail »</p> <p>L 137-138 « ça peut être aussi une reconnaissance vis à vis de ton travail par tes collègues, au moment de la relève on sait que c'est carré, ou c'est bien fait »</p> <p>L 129-130 « Il y a certaines cadres qui vont réussir à te faire passer ça, qui vont te faire voir qu'il y a de la reconnaissance »</p> <p>L 135-136 « Oui effectivement, au niveau de l'équipe chirurgicale, il peut y avoir une reconnaissance au niveau de ton investissement et de la prise en charge de l'intervention »</p> <p>L 138-141 « je dirais que oui la reconnaissance elle est plus au niveau des chirurgiens ou de tes collègues, qu'au niveau de l'encadrement. Mais ça c'est très clair que la reconnaissance elle est plus avec les gens avec qui je partage le quotidien professionnel »</p>

		L 151-154 « Moi, avec les années, avec la maturité, je n'attends rien, et je n'ai pas besoin de prouver ma valeur. C'est à moi que je prouve les choses. Moi ce que je souhaite, c'est faire mon travail le mieux possible. Alors après, s'il y a de la reconnaissance, c'est super, ça fait encore plus plaisir. Mais moi, je n'attends pas après ça »
	Déni de reconnaissance	L 128-129 « <b><i>Dans quelles circonstances tu te sens reconnue et par qui ?</i></b> Alors très franchement, pas souvent »
	Manifestations	L 133-134 « Tu peux avoir des mots ou des phrases au gentilles, qui t'amènent à te dire « Ah bah oui aujourd'hui, j'ai bien bossé ». » L 134-135 « Parce que tu as un retour sur le travail que tu as fait »
	Bénéfice perçu	L 147-149 « Je pense que mon ancienneté me permet de prendre du recul, que je ne suis pas dans une attente de reconnaissance, mais plutôt intéressée par moi, perfectionner mon travail pour moi, dans mon quotidien » L 149-151 « Je pense qu'une grande majorité a besoin de reconnaissance pour s'investir. Je pense que plus tu es jeune, plus c'est important »
	Corrélation implication dans l'innovation / reconnaissance professionnelle	L 154-159 « Après, peut être que mon investissement et ma curiosité joue sur la reconnaissance des chirurgiens pour moi, peut-être parce que c'est un tout et que ça montre ton implication. Ça montre ton amour pour ton travail et donc inévitablement ça peut avoir une influence c'est certain. Quand tu as quelqu'un qui s'intéresse au fonctionnement des choses, qui veut aller comprendre au bout des choses, je pense que oui, ça va influencer ton opinion et son travail à lui. Donc oui inévitablement ça va influencer »

## **Annexe IV**

Grille d'analyse globale sur le thème de l'innovation

<b>Représentations</b>	Technologiques E1 / E2 / E3 / E5 / E6
	Matériel E1 / E3 / E4/ E5 / E6
	Protocole E1 / E3
	Organisationnelle E1
	<u>Autres</u> Travail d'équipe : E1 Bonnes pratiques : E2 Gestion des risques E2 Obligatoire : E4 Connaissance : E4 Techniques opératoires : E2 / E4 / E5 / E6 Pratiques professionnelles : E4
<b>Moyens de participation</b>	Travail d'équipe E1 / E7
	Formation/ apprentissage E1 / E2 (donne des cours) / E3 / E6
	Congrès E1 (présente et participe) / E2 (participe et intervient) / E3 / E4 / E5
	Evaluation des pratiques E1
	Nouvelles procédures chirurgicales E2
	Actualisation des bonnes pratiques E2 (via instances)
	Laboratoires E3 / E5 / E7

	Protocoles E1 / E4 / E5 / E7 / E8	
	Amélioration des pratiques E5 / E7 / E8	
	Ecriture d'un livre E5	
<b>Freins</b>	Formation E1 / E3	
	Temps E1 / E2 / E6 / E7 / E8	
	Ressources humaines E1 / E3 / E4 / E7	
	Financier E3 ( a propos des formations)	
	Culture professionnelle E2 / E5 / E7 / E8	
	Absence de reconnaissance E2	
	Attitude professionnelle E2 / E4	
	Profil individuel E4 / E8	
	Motivation du groupe E5	
	Absence de sens E6	
	Encadrement E8	
		Remise en question E1 / E8
		Actualisation des pratiques E1 / E7

<b>Bénéfices perçus</b>	Harmonisation des pratiques E1 (protocole)
	Gain de qualité dans le travail E1 / E4 / E6 / E7
	Gain de qualité prise en charge du patient E1 / E7
	Satisfaction individuelle E1 / E4 / E5
	Perfectionnement E1 / E4
	Monter en compétence E1
	Donner du sens à sa pratique E2 / E5
	Création d'un dynamique groupe E7 / E8
<b>Facteurs favorisants</b>	Encadrement E1 / E7 / E8
	Dynamique d'équipe E1 / E2 / E4 / E7
	Accès ressources biblio intranet, PREFMS, E2 / E7
	Ecole d'IBODE E2 enseignement/ E5 enseignement / E7 conseil renseignement
	Temps E4 / E5 / E6 / E7
	Personnalité, profil E4 / E5 / E6 / E7 / E8
	Attitude pro E4 / E6
	Moyens E5

	Formation par labos E6 / E7
--	--------------------------------

# Annexe V

## Table des illustrations

Figure 1 Ancienneté d'exercice en bloc opératoire et d'obtention du diplôme d'IBODE, exprimées en années .....	30
Figure 2 Durée et nombre de lignes des entretiens .....	31
Figure 3 Représentations de l'innovation en bloc opératoire .....	32
Figure 4 Moyens de participation à l'innovation .....	33
Figure 5 Facteurs favorisant et freins à la participation à la démarche d'innovation.....	35
Figure 6 Bénéfices perçus à la participation à l'innovation.....	37
Figure 7 Moyens utilisés pour s'informer en matière de recherche infirmière .....	38
Figure 8 Comment définissez-vous la reconnaissance professionnelle ?.....	40
Figure 9 Autrui reconnaissant les IBODE .....	41
Figure 10 Représentations du déni de reconnaissance .....	44
Figure 11 La reconnaissance professionnelle : quels bénéfices perçus ? .....	45

## De la recherche infirmière à la reconnaissance professionnelle ?

L'IBODE gravite au carrefour de plusieurs disciplines toutes plus pointues les unes que les autres. Sa fonction dans cet environnement implique une actualisation constante des pratiques. Ce groupe professionnel se remet perpétuellement en question, interroge ses pratiques, perfectionne ses connaissances dans le but d'augmenter la qualité et la sécurité des soins apportés aux patients. Pourtant actrice de l'innovation et du renouveau des pratiques, elle ne prend que très peu part à la recherche infirmière. En explorant le cadre contextuel touchant à la recherche infirmière et à la profession d'IBODE, nous avons soulevé que cette profession exprime un besoin de reconnaissance. Cela nous a permis de bâtir un cadre théorique sur lequel appuyer notre travail : les concepts de reconnaissance et d'innovation.

En utilisant la méthode hypothético-déductive, nous tentons justement de savoir si la participation à la recherche infirmière est un gage de reconnaissance professionnelle pour l'IBODE. L'analyse des entretiens semi-directifs montrera que son implication dans le processus d'innovation n'est pas inconnue à la reconnaissance perçue, mais que ce n'est pas grâce à la recherche infirmière.

Mots clés : IBODE, innovation, recherche infirmière, reconnaissance professionnelle